THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

F. RIOU

DE

L'Appendicite Chronique, Symptomatologie

DES RÉSULTATS TARDIFS DE L'OPÉRATION

Président : M. KIRMISSON, *professeur*

Juges { MM. PINARD, *professeur*
RECLUS, *professeur*
POTOCKI, *agrégé*

PARIS
ALFRED LECLERC, ÉDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	**M. LANDOUZY**
Professeurs	**MM.**
Anatomie	**NICOLAS**
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

391

A MES MAITRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR A. BROCA

Professeur agrégé
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades

Qui a eu l'extrême obligeance de nous donner l'idée de notre thèse et qui nous en a fourni tous les matériaux.

Qu'il nous permette de lui exprimer ici notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a constamment porté.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

DE

L'Appendicite Chronique, Symptomatologie

Des résultats tardifs de l'opération

INTRODUCTION

A côté de cas, plus rares qu'on ne le croit généralement, où l'appendicite débute « en coup de pistolet », la crise semble préparée d'une façon latente ou patente par des lésions qui lui survivent et constituent un point d'appel pour une nouvelle crise. C'est en scrutant attentivement le passé des malades que l'on peut dépister les troubles digestifs, les douleurs qui constituent ainsi les véritables prodromes de la crise aiguë. Il est très rare en effet, que si nous pressons de questions notre malade, il ne se souvienne d'avoir éprouvé, autrefois, avec moins d'intensité peut-être, mais d'une façon nette, des douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, et plus spécialement, du point de Mac Burney.

On admet d'ailleurs de plus en plus que l'appendicite

est un processus essentiellement chronique ; et, l'opinion qui prévaut aujourd'hui auprès de presque tous les chirurgiens, les mieux plaçés pour juger ce point spécial, pourrait s'exprimer de la façon suivante :

« L'appendicite, est une affection chronique sur laquelle viennent se greffer des épisodes aigus. »

Nous ne nous proposons pas, dans ce modeste opuscule, de faire une synthèse des travaux publiés au sujet de l'appendicite chronique.

Notre travail comprendra simplement trois chapitres.

Le premier sera consacré à l'exposé succinct, quoique aussi complet que possible des symptômes de l'appendicite chronique.

Un deuxième chapitre sera pris par nos observations que nous diviserons en deux groupes :

Une première série comprendra les cas d'appendicite chronique pure.

Une deuxième série sera composée des observations d'appendicite chronique ayant passé à un moment quelconque de leur évolution par une phase aiguë.

Enfin, dans un troisième chapitre, reprenant une à une nos observations au point de vue des suites opératoires tardives, nous dirons ce que sont devenus les malaises, les troubles gastriques, intestinaux ou généraux consignés dans l'histoire de nos malades.

Nous nous empressons de dire ici que nos observations sont inédites et qu'elles viennent toutes de M. Broca.

De plus, tous les malades dont il est question dans notre thèse ont été revus au moins six mois après leur

sortie de l'hôpital et la plupart d'entre eux sont venus se montrer aux Enfants-Malades où M. Broca les a examinés. Quatre enfants seulement n'ont pu être retrouvés.

Personnellement, nous en avons revu un grand nombre. Retrouver dans Paris et la banlieue des ménages d'ouvriers, obligés, pour des raisons sociales trop compréhensibles, à changer de logis et de quartier à chaque instant, n'est pas toujours chose facile. C'est la tâche que nous nous sommes imposée ; elle n'est peut-être pas dénuée de tout mérite.

CHAPITRE PREMIER

Symptomatologie

L'appendicite est essentiellement une maladie chronique qui peut rester latente ou masquée par des troubles vagues, polymorphes, trompeurs ; qui peut aussi s'annoncer par des crises petites, incomplètes, avortées, qu'on met trop souvent sur le compte de coliques intestinales ou hépatiques, d'indigestions, de malaises divers. On ne saurait trop appeler l'attention sur ces erreurs de diagnostic ; elles sont fréquentes et presque tous les malades que nous voyons atteints d'appendicite chronique ont été le plus souvent soignés pour les affections les plus disparates.

Les manifestations qui peuvent traduire l'appendicite chronique sont des plus variables.

Au premier rang il importe de signaler la douleur spontanée ou provoquée.

Rarement la douleur spontanée est nulle ou assez peu marquée pour que le malade ne s'en soit jamais plaint. Son intensité dans la forme pure n'est généralement pas capable d'arracher des cris aux malades ou de les immobiliser complètement.

Quelquefois c'est une simple sensation vague.

Elle siège le plus souvent chez l'enfant dans la région

ombilicale ; au côté droit de l'ombilic et se traduit par une sensation de barre épigastrique, ou par un tortillement brusque, une colique passagère. Mais ce n'est pas là une localisation unique ; et, une crise de ce genre dont la douleur prédominait dans le triangle de Scarpa, a dans un cas de M. Broca, fait songer à une coxalgie.

Cette douleur spontanée apparaît soudainement, sans le moindre prodrome ; de préférence au milieu des jeux, à l'occasion de mouvements un peu violents, de secousses, de courses en voiture, en tramway. Elle a un caractère angoissant tout particulier.

Byron-Robinson a cherché une explication à l'éclosion de la douleur dans ces circonstances. Dans un travail basé sur 230 autopsies d'adultes, l'auteur a trouvé que l'appendice, le cæcum et la partie terminale de l'iléon sont le plus souvent situés sur le muscle psoas et peuvent lui adhérer en entier ou chaque partie séparément à l'exclusion des deux autres. On comprend dès lors, ajoute-t-il, que pendant sa contraction, le psoas irrite l'appendice adhérent, le tiraille et amène des contractions péristaltiques à son niveau ou produise des coliques appendiculaires. C'est là ce qui se passerait à la suite de marche ou d'équitation dans les cas d'appendicite chronique où la palpation ne révèle aucun des signes sur lesquels nous allons insister dans un instant.

Le petit malade s'arrête aussitôt, pâlit brusquement ; ses traits se contractent et il porte la main sur la région douloureuse.

La durée en est généralement très courte : de quel-

ques secondes à quelques minutes, puis tout disparaît sans laisser d'endolorissement local, Il n'est pas rare toutefois que les sujets ainsi atteints soient obligés de se coucher quelques heures au bout desquelles tout rentre dans l'ordre.

Exceptionnellement la douleur débute pendant le repos et c'est alors vers 2 ou 3 heures du matin que le malade se trouve réveillé.

Cette douleur spontanée, de siège relativement fixe chez l'enfant, est un peu déconcertante par la variabilité de ses localisations chez l'adulte. Il en est de même de ses irradiations qui peuvent se faire vers le flanc, sous le foie, au rein, au cordon, au testicule, puis dans la sphère du nerf crural ou dans la fesse ; éveillant ainsi parfois dans l'esprit du médecin l'idée d'affections des plus diverses.

A cette douleur spontanée si instable, la douleur provoquée vient donner une signification bien plus précise.

Lorsque la main qui explore le ventre rencontre l'appendice et le comprime, elle éveille une souffrance plus ou moins vive mais très nette. Une pression douce, profonde, provoque une douleur précise, généralement en un point situé au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite ; au point dit de Mac Burney.

Tout dernièrement, en 1907, Rovsing a indiqué la possibilité de mettre en évidence le point de Mac Burney sans recourir à la palpation directe de la fosse iliaque droite. Son procédé consiste à mettre à plat sur la

fosse iliaque gauche la main droite ; et, en comprimant l'S iliaque, à la faire glisser le long du côlon descendant de façon à chasser les gaz dans le côlon transverse puis de là dans le côlon ascendant. Ces gaz arrivés dans le cæcum pénètrent en partie dans l'appendice, le distendent peut-être en réveillant la douleur au lieu d'élection. Le professeur Rovsing a eu recours avec succès à ce procédé d'exploration dans plus de cent cas d'appendicite. Nous croyons que c'est une façon de faire qui peut rendre des services toutes les fois que, pour une raison quelconque, (douleur par trop violente, coïncidence chez la femme d'une lésion annexielle aiguë) il est difficile de trouver le point de Mac Burney par le procédé classique.

Ce point de Mac Burney est un symptôme de premier ordre et des plus constants de l'appendicite, même chronique.

On a beaucoup discuté sur l'importance de ce point douloureux ; et, de toutes les discussions on peut conclure qu'il ne faudrait pas se contenter de l'existence ou de l'absence de ce signe pour affirmer ou rejeter un diagnostic.

Dans la grande majorité des cas on le trouve, et c'est l'opinion de M. Jalaguier, lorsqu'à l'occasion de la communication de Gérard-Marchant sur l'adénite pré-cœcale, il dit : « La localisation des ganglions et des lymphatiques du méso et leur participation au processus infectieux explique peut-être le siège presque constant du point de Mac Burney, quelle que soit la situation de l'appendice ».

Quelques auteurs, par contre, n'hésitent pas à dire que ce point est un trompe-l'œil.

En effet, dit M. Reclus, l'appendice malade est douloureux où qu'il soit ; et, le maximum de sensations, le sujet peut l'accuser au moment où la pression s'exerce sur les points les plus variés. C'est quelquefois en haut vers le foie, quelquefois c'est au voisinage de l'ombilic ou plus bas vers la fosse iliaque, vers la droite le plus souvent, mais parfois à gauche, comme nous le dirons tout à l'heure. Quelquefois enfin c'est au niveau du rectum que la douleur se révèle avec le plus d'intensité.

Tel est le cas dans l'appendicite pelvienne ; et, c'est avec raison que Jalaguier a insisté sur l'importance qu'il y a d'explorer le petit bassin par le toucher rectal. Certains appendices bas situés sont assez facilement accessibles sur le côté du rectum où le doigt peut éveiller une douleur précise et apprécier leur forme, leur volume, leur consistance.

Le point de Mac Burney peut donc se trouver en défaut et Delbet l'a constaté 2 fois sur 39 cas.

Il découle de ces faits que, contrairement à une opinion généralement accréditée, l'absence du point de Mac Burney n'implique pas forcément l'absence d'appendicite.

Quoi qu'il en soit, M. Walther assigne à cette douleur provoquée deux caractères qui lui donnent une physionomie spéciale. Elle ne cesserait pas lorsque cesse la pression ; et pour la faire apparaître il ne serait pas nécessaire de comprimer directement l'appendice : une pression large exercée à pleine paume sur une partie

quelconque de l'abdomen retentirait sur l'appendice enflammé. C'est peut-être cette idée qui a guidé le professeur Rovsing vers la découverte du procédé que nous avons exposé plus haut.

La péritonite concomitante peut d'ailleurs expliquer le phénomène dont parle Walther, mais il peut aussi s'expliquer d'une manière purement réflexe. En effet, si l'on se rappelle que les filets du plexus mésentérique supérieur se distribuent à la totalité de l'intestin grêle, à l'appendice, au cœcum, au côlon ascendant et à la moitié droite du côlon transverse, il est facile de concevoir qu'une douleur réveillée dans un point du plexus s'irradie dans un autre de ses points, en général le plus malade : l'appendice dans le cas présent.

La palpation ne permet pas seulement de délimiter une zone douloureuse ; elle donne de plus des sensations qui, si elles sont bien nettes, permettent d'affirmer en toute sûreté que l'appendice est malade.

Hausmann est allé jusqu'à prétendre qu'on peut toujours, sauf chez des obèses ou des nerveux, sentir l'appendice, même sain, en faisant fléchir au sujet la cuisse droite de façon à toucher le psoas-iliaque. C'est là une assertion très discutable.

Quelquefois, en procédant de la sorte, on obtient une sensation de ressaut très nette. Chez un sujet maigre, à parois flasques on peut, en mettant la paroi dans le relâchement complet et en explorant au moment de l'expiration, trouver l'appendice plus ou moins gros, qui roule et s'échappe sous les doigts. Ce sont là des cas assez rares et les chirurgiens les plus exercés à ce genre

de palper ont commis des erreurs en prenant pour l'appendice un magma d'adhérences, un cordon épiploïque ou plus fréquemment encore une saillie oblique en bas et en dedans due à la plicature de l'angle externe de la gaine des droits sous la pression des doigts. Dans des cas particulièrement favorables on a réussi à déceler la présence de ganglions enflammés au niveau du méso-appendice, sous forme de saillies arrondies, dures, douloureuses, glissant sous le doigt.

Si l'on sent généralement peu ou pas l'appendice ; du moins, il n'est pas rare de trouver un épaississement notable de la fosse iliaque droite. Le cæcum est épaissi, gargouille ; des gaz le distendent et ce tympanisme du cæcum est pour Karewitz un des signes les plus importants de l'inflammation chronique de l'organe.

En palpant alternativement les deux fosses iliaques, on trouve de plus à droite, par comparaison avec le côté sain, une résistance, une défence musculaire plus ou moins appréciable.

L'hyperesthésie cutanée ne se rencontre pas dans l'appendicite chronique à moins qu'antérieurement on n'ait eu à enregistrer des crises aiguës.

Les phénomènes qu'on est habitué à voir évoluer à droite quand l'appendice est en situation normale se retrouvent parfois avec le maximum d'intensité à gauche, et sont alors dus à la situation anormale du cæcum et de l'appendice ; que cette situation provienne d'un appendice congénitalement ou pathologiquement déplacé.

Voici comment Obratzoff décrit la symptomatologie

de cette forme d'appendicite. « Outre les phénomènes subjectifs : miction et défécation douloureuses, douleurs autonomes dans la fosse iliaque gauche, on a ici des signes physiques des plus nets : saillie de la paroi, matité au-dessus du pubis. Le point culminant de la saillie abdominale se trouve à deux travers de doigt de l'ombilic, le plus souvent vers le bord externe du muscle droit de l'abdomen du côté droit ; parfois ce point se trouve sur la ligne médiane. »

« L'S iliaque est dilatée et douloureuse, d'où saillie, résistance, matité et douleur au-dessus de l'arcade pubienne et la fosse iliaque gauche ; d'où ce tableau clinique paradoxal de l'appendicite de la fosse iliaque gauche, tandis qu'à droite les symptômes sont relativement peu marqués. »

On a, somme toute, une symptomatologie qui diffère peu de celle de l'appendicite ordinaire, sauf qu'ici il est difficile de trouver à la douleur un siège bien limité puisque l'appendice, soit, par suite d'un défaut de migration, soit qu'il ait été attiré par une bride épiploïque, peut occuper dans la fosse iliaque gauche une situation des plus variables.

Les troubles fonctionnels sont également constants au cours de l'appendicite chronique et ceux qui intéressent le tube digestif méritent d'être mis au premier plan. Bien étudiés, bien observés, ils suffiront souvent pour établir le diagnostic. L'infection est leur cause la plus commune.

Si nous nous informons de l'appétit du malade et que celui-ci soit un enfant, nous apprendrons qu'il mange

peu, qu'on a de la peine à le nourrir, qu'il faut le forcer. D'autres fois l'appétit sera capricieux, irrégulier. Cette forme *anorexique* a fait commettre bien des erreurs de diagnostic et dans un cas on est allé jusqu'à croire à de l'œsophagisme, voire à du rétrécissement de l'œsophage. On a procédé deux fois au sondage œsophagien et l'opération n'a souffert aucune difficulté : l'œsophage était parfaitement libre.

Exceptionnellement, l'appétit peut être et rester bon ou même exagéré. L'enfant mange beaucoup, trop et surtout trop vite, et ce sont ces cas dans lesquels la langue reste généralement recouverte d'un enduit saburral qui résiste à tous les régimes.

Quelquefois ce sont de simples phénomènes d'atonie gastro-intestinale qui dominent la scène : sensation de pesanteur à l'épigastre aussitôt après l'ingestion des aliments. distension de l'estomac avec météorisme très appréciable à la percussion.

Certains malades, pris de « crampes d'estomac » avec sensation de barre épigastrique sont obligés de s'étendre aussitôt la dernière bouchée avalée.

Un phénomène très particulier, qui doit éveiller l'idée d'une appendicite chronique, est surtout marqué chez l'adolescent et chez l'adulte qui, plus à même de s'observer, analysent mieux leurs sensations. Le propre de beaucoup d'appendiculaires est de digérer difficilement certains aliments, toujours les mêmes pour chaque malade. Ce sont, en particulier, les viandes rouges, les sauces, les aliments gras qui sont le plus souvent incriminés. Il ne s'agit pas cette fois de perte de l'appétit, de

l'anorexie élective pour tel ou tel aliment analogue à celle du cancer stomacal. Ce n'est pas non plus du dégoût, de la répulsion instinctive. Les malades grillent de l'envie de manger de tel plat qui flatte leur goût ; mais ils ont remarqué que la digestion de l'aliment convoité coïncidait toujours avec une recrudescence des douleurs abdominales.

Presque toujours on nous parlera de digestions difficiles et lentes. Le maximum d'intensité des phénomènes douloureux semble correspondre à la plus grande activité de la digestion intestinale ; et, chez le plus grand nombre des malades la recrudescence est plus accentuée si le repas a été copieux.

L'intestin distendu est le siège de borborygmes bruyants.

Chez une malade de Siredey il s'agissait de douleurs en ceinture, prenant toute la taille, revenant par crises, et qualifiées de névralgies. Ces douleurs, dont le maximum se trouvait sous les dernières côtes du côté gauche, avaient ceci de bien curieux, c'est qu'elles reparaissaient immédiatement dès que la malade essayait de s'alimenter après des périodes de diète.

Dans certains cas, plus ou moins longtemps après le repas, surviennent des nausées, de la pesanteur gastrique.

A cet état dyspepsique coïncide presque toujours la constipation. Elle est presque la règle au cours de l'appendicite chronique ; et, elle était, avec un amaigrissement notable, le seul symptôme noté dans les 7 cas de H. v. Haberer. Dans un travail sorti de la clinique de von Eiselberg, l'auteur insiste sur une forme de l'appendicite

que Klemm propose d'appeler : appendicite-chronique sans attaque. C'est dans cet ouvrage qu'il rapporte, de ce genre d'affectation, 7 cas dans lesquels jamais l'examen objectif ne fit constater une tumeur dans la région cœcale ; jamais de douleur au point de Mac Burney. Deux signes seulement étaient constants : la constipation opiniâtre et un amaigrissement considérable. Les 7 fois on opéra avec un faux diagnostic et l'on fut bien surpris de trouver des lésions appendiculaires nettes avec adhérences épiploïques et intestinales.

Il convient donc de souligner ce symptôme si remarquable, la plupart du temps, par son intensité, sa ténacité.

La constipation peut d'ailleurs alterner avec la diarrhée et quelquefois même lui céder le pas au point que celle-ci devient le phénomène intestinal dominant.

Il y a ainsi certaines formes anormales de la maladie où la diarrhée se manifeste comme un symptôme du début pouvant en imposer pour une autre affection (péritonite à pneumocoques chez les enfants, fièvre typhoïde). On l'a depuis longtemps signalé ; M. Moizard en 1904, et avant lui MM. Jalaguier et Soupault en ont communiqué des cas. G. Quintard, dans sa thèse, a réuni sur cette particularité du début de l'appendicite plusieurs observations très intéressantes.

Il y a encore des exemples fréquents où ce qui frappe c'est l'entéro-colite muco-membraneuse avec des poussées successives, des crises, épisodes aigus qui se greffent sur une évolution chronique. On a alors des selles bilieuses, lientériques, mal liées, des selles muqueuses,

glaireuses, membraneuses, sanglantes avec prédominance possible des douleurs à droite. Autrefois, l'on se donnait beaucoup de peine pour distinguer l'appendicite des entéro colites ; maintenant on tend de plus en plus à conclure de l'existence de l'une à l'existence de l'autre. Cette conception nous éloigne de l'époque où l'on voyait un certain antagonisme entre ces deux affections.

Tous ces troubles digestifs de même que les suivants : langue saburrale, fétidité de l'haleine principalement le matin, embarras gastriques fébriles ou non fébriles, caractérisés par une langue épaisse et sale, par l'inappétence, par des urines rares et rouges avec ou sans albuminurie, ne sont en somme que des symptômes vagues, mal définis et d'une interprétation parfois difficile. Cependant la périodicité avec laquelle ils apparaissent à des intervalles plus ou moins espacés pourra faire penser à autre chose qu'à une indigestion banale, et devra mettre en éveil contre la part qui peut revenir dans leur pathogénie à l'inflammation chronique de l'appendice. Mais on ne peut pas dire qu'ils constituent des symptômes pathognomoniques de la maladie qui nous occupe.

Par contre, les vomissements paroxystiques ou cycliques ont bien ce caractère de crise qui manquait aux phénomènes précédents. De plus, ils affectent ici une allure tout à fait caractéristique ; ils ont une physionomie spéciale qui leur est donnée par la facilité avec laquelle ils se produisent.

Leur apparition est subite, sans cause appréciable et ils disparaissent d'eux-mêmes pendant un temps plus

ou moins long. On les observe surtout sous l'influence de la marche, de la fatigue. Il suffit d'une marche un peu rapide, d'une course en voiture à une époque rapprochée des repas pour que les malades soient pris de vomissements alimentaires ou simplement aqueux ; et, il n'est pas rare que ceux-ci surviennent au milieu de la nuit.

Les enfants notamment ont une prédilection marquée pour ce genre de dyspepsie et c'est le plus souvent la mère qui attire l'attention du médecin sur ces « prétendues indigestions » que rien ne légitime. Il semble, d'après M. Comby, qu'ils représentent une crise fruste d'appendicite et relèvent directement de cette maladie ; et il cite le cas d'une fille qui, après avoir eu quarante-huit crises de vomissements cycliques, fit une appendicite des plus nettes. Il importe donc de se méfier des enfants qui ont le vomissement facile.

« Tout enfant, dit le même auteur, qui a des nausées, qui vomit facilement, qui vomit souvent, est suspect d'appendicite chronique et doit être examiné à ce point de vue. »

Enfin, pour en finir avec les troubles concernant le tube digestif, qu'il nous soit permis de parler d'un cas communiqué par M. Triboulet à la séance du 27 novembre 1903 de la Société médicale des Hôpitaux.

Il s'agit d'un état gastro-intestinal prolongé, à poussées intermittentes subfébriles avec coliques sourdes après les repas. L'enfant qui fait le sujet de cette observation présentait autour de la bouche un cercle érythémateux, d'allure eczématoïde, orbiculaire, qui s'était

montré au cours de chaque poussée gastro-intestinale : « Au moment de ses périodes de malaises, disait la mère, le mal lui sort tout autour de la bouche ». En examinant l'enfant, M. Triboulet constate une zone d'irritation comparable autour de l'anus. Il semblerait donc, dans certains cas, que tout le tractus bucco-gastro-intestinal soit soumis à une cause d'irritation diffuse.

Après les troubles digestifs il faut aussi prendre garde aux troubles hépatiques. Les enfants peuvent présenter de l'ictère catarrhal, mais le fait est rare ; et l'ictère est le plus souvent remplacé par un teint jaunâtre sur lequel M. Siredey a insisté. Exceptionnellement le foie est légèrement augmenté de volume et sensible à la pression.

Les autres appareils peuvent participer, quoique à un moindre degré, à la scène morbide.

Nous n'insisterons pas autrement sur les troubles de la circulation qui, exceptionnels, ont cependant pu faire songer à une maladie de cœur jusqu'au jour où l'auscultation a fait voir que tout était normal.

Les poumons aussi, sont le plus souvent indemnes ; bien que certains, vu leur pâleur et leur maigreur, aient été pris pour des phtisiques. Quelques malades, des adolescents surtout, sont nettement anémiques.

L'appareil urinaire est parfois intéressé au cours de l'appendicite chronique et cela tient, en général, à une situation anormale de l'appendice. On peut alors observer des malades chez lesquels le point de Mac Burney est peu douloureux. Mais, s'ils n'accusent pas grande douleur au niveau de l'abdomen, on trouve en arrière,

dans la fosse lombaire droite, une douleur très nette, au niveau de la partie inférieure du rein. Dans ces cas la douleur rénale est produite par le voisinage de l'appendice qui fait participer le rein à son inflammation.

D'autres fois on a tous les symptômes d'un rein mobile et, d'après les spécialistes les plus autorisés (Glénard, Linde, Mathieu, etc.) plusieurs de ces symptômes sont souvent en réalité dus à l'appendicite chronique concomitante. La colique néphrétique a été signalée dans les cas chroniques avec douleur fixe et maximum de douleur au point de Mac Burney. M. Tuffier a publié deux cas semblables en 1905.

Un autre groupe de symptômes bien plus fréquents ce sont ceux produits du côté de la vessie. Il y a de la rétention d'urine ou bien la miction est simplement laborieuse ; il peut y avoir dysurie ou bien encore il y a une fréquence anormale de la miction.

Certaines jeunes filles ont des règles très douloureuses, des souffrances abdominales terribles à chaque époque menstruelle, Soupault et Jouaust ont observé un certain nombre de cas où des phénomènes d'appendicite plus ou moins bien caractérisés se révélaient ou se réveillaient à l'occasion des règles. Alors, qu'il s'agit d'un simple point de côté à droite, sans autre trouble, ou que la douleur de la fosse iliaque fût compliquée de selles diarrhéiques ou de vomissements bilieux on incriminait les coliques de règles. Cette confusion est d'autant plus facile que les troubles ont souvent une existence éphémère, s'atténuent dès l'établissement de l'écoulement sanguin et cessent avec lui dans la moyenne

des cas. On a vu certaines femmes chez qui les crises appendiculaires ne se présentaient qu'à l'époque des règles, presque toujours à leur début, les précédant quelquefois de plusieurs jours.

Toutes les maladies infectieuses pouvant retentir sur les centres nerveux, on conçoit que l'appendicite chronique, infection d'un diverticule du gros intestin, puisse donner lieu aux mêmes troubles, a tel point qu'on a pu dire qu'il existe une forme nerveuse de l'appendicite chronique. (Comby.)

Cette affection entretient communément aussi bien chez les garçons que les filles des troubles nerveux assez accentués dont l'ensemble constitue ce que l'on décrit chez l'adulte sous le nom de neurasthénie appendiculaire. L'inaptitude au travail, une irritabilité excessive, une tendance marquée à l'hypocondrie : voilà pour l'adulte ; dans d'autres cas c'est une insomnie persistante.

Le malade qui est le sujet de l'observation I de Raymond et Guillain (citée *in* thèse de Morisetti) a une ppendicite chronique ; et, à chacune de ses crises il présente une névrite, et une névrite d'un nerf distinct avec atrophie des muscles correspondants.

Cette forme nerveuse de l'appendicite chronique n'est pas inconnue chez les grands enfants chez lesquels elle se manifeste par une certaine tristesse, un besoin d'isolement qui leur fait délaisser leurs jeux et fuir leurs camarades. Ces sujets refusent tout effort physique et intellectuel ; le moindre mouvement leur est pénible ; ils deviennent maussades et leur caractère renfermé contraste avec celui de leurs camarades bien portants.

Des accidents nerveux d'un autre genre rappellent ce qu'on a décrit sous le nom de méningisme (Dupré) et peuvent être tels qu'ils imposent au médecin le diagnostic de méningite.

On observe enfin des troubles variés : céphalée, délire, instabilité nerveuse, sensibilité exagérée, convulsions, lipothymies, syncopes ; et Ponticacua de Venise décrit chez une fillette de six ans, au cours d'une appendicite chronique, des accès de prostration, d'hébétude, cet aspect si particulier aux affections méningées.

M. Comby attire fortement l'attention sur ce changement de caractère, cette propension à la vie triste ; ces troubles nerveux qui souvent ne sont qu'un masque cachant des troubles digestifs, eux-mêmes sous la dépendance d'une inflammation chronique de l'appendice vermiforme. Il importe chez tous ces nerveux bizarres d'examiner le ventre.

Les phénomènes généraux que l'on observe au cours de l'appendicite chronique semblent sous la dépendance exclusive de l'infection.

La température subit une légère ascension vespérale.

Le pouls quelque peu augmenté de nombre ne subit pas de modifications appréciables pour ce qui concerne le rythme et l'amplitude.

Ce qui est plus fréquent et en somme plus caractéristique c'est la maigreur notable que l'on constate chez la plupart des personnes atteintes d'appendicite chronique, maigreur encore plus manifeste chez celles qui ont en même temps de l'entérite.

Presque toutes ont un teint jaunâtre, parfois un peu terreux et qui témoigne de l'auto-intoxication due au mauvais fonctionnement de leur tube digestif.

Chez les enfants la croissance subit un retard manifeste ; ils ne se développent pas, ne se fortifient pas, semblent au-dessous de leur âge. Il en est de même du développement intellectuel.

Tels sont, aussi complets que possible, les signes que présente l'appendicite chronique. Nous ne croyons pas avoir fait d'omissions importantes ; et, en manière de conclusion à ce premier chapitre nous nous contenterons d'ajouter qu'en ayant bien présents à la mémoire les symptômes que nous avons passés en revue, un examen attentif du malade permettra de faire de cette affection « follement fréquente » un diagnostic ferme.

CHAPITRE II

Observations

Nous tenons à rappeler une fois de plus qu'elles proviennent toutes de M. Broca. Elle sont au nombre de cinquante-trois.

Nous diviserons ces cinquante-trois observations en deux séries.

Dans un premier groupe nous classerons les observations concernant les cas d'appendicite chronique ayant passé par une phase aiguë notable ; soit que la crise ait précédé un état chronique, soit qu'elle en ait été l'aboutissant.

Ce premier groupe se manifeste par des phénomènes critiques douloureux d'une durée passagère et dans l'intervalle desquelles la santé semble peu touchée ; l'appendice étant même quelquefois insensible, ou à peu près à la palpation. Dans d'autres cas il est possible de constater, en dehors des crises, tous les signes de l'appendicite chronique pure.

Nous nous bornerons à décrire succinctement la crise ; les autres phénomènes, quand ils existent, restant dans le cadre de la forme de laquelle nous allons dire quel-

ques mots dans un instant. Cette crise débute brusquement ; en général d'une façon inopinée, quelques heures après le repas, sans autre cause apparente que la constipation. Les douleurs peuvent être très vives ; siéger dans tout le ventre qui est ballonné et sensible à la pression ; d'autres fois prédominer nettement à droite ; avec des irradiations variées. On peut observer en même temps un état nauséeux ou même des vomissements alimentaires ou bilieux ; et, alors la température monte très vite à 38 degrés, 39 degrés, et même 40 degrés.

La marche devient momentanément impossible en raison de la douleur. Cette crise douloureuse disparaît au bout de quelques heures, aussi brusquement qu'elle est venue, ou en s'atténuant progressivement après avoir donné lieu quelquefois à des crises diarrhéiques répétées.

Cette catégorie comprendra nos trente et une premières observations.

La deuxième série contiendra les appendicites chroniques pures ; c'est-à-dire celles où il n'y a jamais eu, durant l'évolution de la maladie, de crise aiguë bien caractérisée.

Dans cette forme d'appendicite chronique type, il s'agit en général d'un jeune enfant ou d'un adolescent dont les souffrances remontent aux premières années. Le sevrage a donné lieu quelquefois à des incidents ; ou bien, c'est plusieurs semaines après que l'enfant a présenté des phénomènes aigus d'infection intestinale ou d'entérite qui se sont produits à des intervalles plus ou moins

longs. Il est à remarquer également que ces enfants ont été sujets à des infections aiguës dont la plus banale est l'amygdalite.

Légère souffrance plus ou moins bien localisée au point de Mac Burney. Phénomènes digestifs peu accentués, tels que ballonnement du ventre, digestions difficiles, langue sale, coliques passagères, gastralgie peu intense.

Tous ces symptômes évoluent lentement, d'une façon sourde, chronique ; et, suivant leur groupement, sont susceptibles de faire errer le diagnostic.

Ce deuxième groupe ne comprendra que vingt-deux observations.

Premier groupe d'observations

OBSERVATION I (Inédite)

Appendicite chronique

P... Jeanne, six ans.

A toujours été très bien portante jusqu'à l'âge de deux ans. A cette époque la petite fille avale un noyau *de pruneau* que l'on n'a pas retrouvé dans les selles.

Tout l'hiver suivant la digestion a été moins bonne.

A trois ans survient une débâcle de diarrhée qui va jusqu'au sang ; puis constipation et fièvre.

A partir de ce moment la petite malade est mise au régime de l'entérite.

La malade a eu en tout dix crises ; une tous les trois ou quatre mois, crises durant cinq jours environ avec une température s'élevant jusqu'à 40 degrés.

Avril 1903. — Grippe légère. C'est la première maladie de l'enfant.

En mai suivant se produit la dixième crise. Elle dure deux jours et demi.

Vomissements.

L'enfant se plaint de douleurs très vives à l'ombilic.

Elle est soignée par son médecin comme entériteuse et

lymphatique. Traitement : lavages intestinaux au benzonaphtol ; limonade chlorhydrique ; eau de Vals. Bains froids à 17 degrés. Quinine.

La malade est amenée au Dr Broca.

Diagnostic. — Appendicite chronique.

On constate de l'empâtement du cœcum avec point douloureux. Vomissements. Coliques fréquentes.

Appendicectomie le 4 juin 1903.

L'appendice est peu adhérent ; situé en bas et en dedans. A 1 centimètre du sommet existe un point net de folliculite hémorragique de la dimension d'une lentille.

Les suites de l'opération sont normales ; un vomissement le surlendemain.

Désormais les selles sont régulières ; tout est bien digéré et l'enfant supporte parfaitement tous les aliments.

Apyrexie complète.

Revue par M. Mouton en avril 1906. N'a plus d'accidents abdominaux.

Revue à différentes reprises depuis par M. Broca.

La santé se maintient parfaite.

OBSERVATION II (Inédite)

Appendicite chronique, forme dyspeptique

Mme R..., vingt-quatre ans.

A eu une appendicite ancienne.

Depuis plusieurs années cette femme subit des crises fréquentes sans fièvre ni empâtement.

Souffre constamment dans la fosse iliaque droite, et la douleur la force souvent à s'arrêter.

Elle vomit fréquemment et est franchement dyspeptique.

A l'examen on ne trouve rien du côté des annexes ; mais la pression au point de Mac Burney réveille une douleur parfaitement caractérisée.

Opération le 5 avril 1903. — L'appendice est en position iliaque. A la coupe il est dur, fibreux et sa paroi interne est le siège d'une folliculite hémorragique très nette. Pas d'adhérences.

M. Broca a eu l'occasion de revoir cette femme au mois d'avril 1908. Tous les accidents gastro-intestinaux ont complètement disparu et depuis l'opération la malade jouit d'une bonne santé.

OBSERVATION III (Inédite)

Appendicite chronique avec douleurs et vomissements

M... René, sept ans.

Comme antécédents personnels il y a à noter une rougeole à l'âge de quatre ans et la coqueluche quinze mois plus tard.

Pas d'appendicite dans la famille.

Depuis un an l'enfant se plaint continuellement de maux de ventre et de vomissements dont la fréquence va en augmentant toujours, il s'en produit un par mois et quelquefois plus.

Les douleurs ont un début brusque.

La dernière crise s'est répétée deux fois dans un mois.

Une première fois l'enfant a souffert toute une nuit. Le docteur a cru à une indigestion et a conseillé le repos et une purgation. Trois jours après l'enfant pouvait retourner à l'école.

Une deuxième atteinte dure de 2 heures du matin à 10 heures du soir. Identique à la première, elle consiste en vomissements et douleurs abdominales ; de plus cette fois les vomissements sont bilieux. La douleur a son maximum dans la région ombilicale et il existe de l'empâtement.

On fait le diagnostic d'appendicite.

Traitement. — Diète. Glace sur le ventre,

La crise calmée au bout de trois semaines l'enfant entre à la maison de santé où il est opéré le 12 mars 1903.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent, l'enfant vomit une fois.

L'appendice est court, gros, dur, coudé, blanc et présente une perforation près de son sommet. A la base existe une zone de follicuite hémorragique. Il existe de fortes adhérences avec l'épiploon et l'angle iléo-cæcal.

Un drain qui avait été jugé nécessaire est retiré au bout de quarante-huit heures.

L'enfant sort guéri le 1er avril.

En ce moment déjà l'enfant mange bien et son appétit est beaucoup meilleur qu'autrefois. Il ne souffre plus du ventre.

Revu en juin 1908. Les bons résultats de l'opération n'ont fait que s'accentuer avec le temps.

OBSERVATION IV (Inédite)

Appendicite chronique

M... Marcel, douze ans.

Né à terme ; nourri au sein.

A eu la scarlatine, la rougeole, la coqueluche.

Toujours constipé depuis l'enfance.

La première crise date d'il y a deux ans. Elle a consisté en douleurs abdominales et vomissements qui ont duré vingt-quatre heures. La constipation s'est accentuée et on donne des lavements. Des cataplasmes sont appliqués sur le ventre.

L'enfant reste dix jours au lit sans manger.

Au bout de trois semaines tout est fini et l'enfant retourne à l'école.

La deuxième crise survenue il y a quatorze mois a été moins forte ; elle a duré quatre jours avec vomissements, douleur dans la fosse iliaque droite.

Entre les crises et depuis, l'enfant a toujours des douleurs plus ou moins vives qui surviennent par crises légères et sont toujours localisées au même endroit. Il les a eues pour la dernière fois il y a huit jours Ces douleurs se produisent à l'occasion de peu de chose, d'une course un peu rapide.

Il entre le 21 janvier 1904 pour se faire opérer.

Opération le 25 janvier.

L'appendice non adhérent est situé en bas et en dedans, et contient à sa base un calcul ; l'extrémité libre est oblitérée ; il en est de même de l'orifice de communication avec le cæcum.

Lésions très nettes de folliculite hémorragique.

28 février. — L'enfant sort avec un pansement recouvrant un petit bourgeon charnu non épidermisé.

Revu le 2 mars 1904. La plaie est complètement cicatrisée.

Revu en juin 1908. Excellent état général ; mange et digère parfaitement. N'a plus de vomissements ; plus de constipation. Depuis l'opération l'enfant n'a plus souffert

du ventre et il peut travailler sans aucune fatigue. La cicatrice est un peu élargie mais la paroi est solide.

OBSERVATION V (Inédite)

Appendicite avec crise douloureuse

M... Alice, treize ans.

Un de ses frères, âgé de dix-neuf ans, a été opéré pour appendicite en 1903.

Cette enfant a été élevée au sein par une nourrice jusqu'à dix-huit mois. Elle a toujours été sujette à des angines fréquentes.

Depuis plusieurs années déjà l'enfant se plaint de douleurs vagues dans le ventre ; elle est habituellement constipée.

Il y a quinze jours la malade a ressenti une douleur brusque au niveau de la région ombilicale. Fièvre, constipation ; pas de vomissements. Mise au repos au lit, la malade prend les jours suivants plusieurs petites doses d'huile de ricin ; la constipation cesse et au bout de huit jours les douleurs avaient elles-mêmes disparu.

A l'examen, l'état général est bon.

La palpation abdominale est absolument indolore.

Il existe une défense musculaire encore assez nette mais permettant de sentir une tuméfaction de forme indécise, large environ de 4 centimètres, longue de 8 ; remontant assez haut.

L'enfant est opérée le 7 novembre 1904.

L'appendice était replié sur lui-même en arrière du cæcum. Pas d'adhérences. Les parois sont épaissies et scléreuses.

Il existe une folliculite hémorragique très nette.

La plaie suppure et ce n'est que le 19 décembre que l'enfant sort de l'hôpital avec une plaie en bonne voie de cicatrisation.

22 juin. — Le Dr Montais qui soigne l'enfant nous apprend que la malade a un peu de phlébite pelvienne et fémorale gauche.

Revue en juin 1908. Plus aucune douleur abdominale ; plus de constipation ; l'enfant mange de tout et ses digestions sont très bonnes. Du côté de la cuisse gauche on ne remarque rien à l'examen local, bien qu'il persiste encore un peu de douleur à la fatigue. Rien d'anormal à la palpation abdominale.

OBSERVATION VI (Inédite)

Appendicite chronique avec entérite muco-membraneuse

P... René, douze ans.

Né à terme.

Nourri au sein par sa mère jusqu'à vingt mois.

A l'âge de deux mois survient de la gastro-entérite qui dure trois mois.

A huit ans, l'enfant, jusque-là simplement un peu constipé se met à se plaindre de son ventre. La douleur avait son maximum à droite. En même temps se produisent des vomissements alimentaires.

Il y a eu très peu de fièvre.

Au bout de vingt-quatre heures de diète les vomissements ont disparu.

L'enfant continue à se plaindre de son ventre pendant six mois environ.

Peu de constipation, mais des peaux dans les selles.

Pas d'accidents jusqu'à il y a une dizaine de jours.

Brusquement l'enfant recommence à se plaindre du ventre ; les selles ne contiennent plus en ce moment ni glaires, ni peaux ; pas de constipation.

Le malade localise parfaitement sa douleur au côté droit du ventre.

A l'examen on ne constate ni ballonnement du ventre ni défense musculaire bien marquée.

La palpation profonde révèle, sous un intestin gargouillant, un empâtement irrégulier, dur, allongé de haut en bas et de dehors en dedans, dans la fosse iliaque, sur une longueur de deux travers de doigt environ. Cet empâtement est douloureux à la pression.

12 avril. — Le cæcum gargouille toujours et est empâté.

On sent un cordon arrondi, induré à sa base, et autour on a la sensation de petits ganglions très mobiles, fuyant sous le doigt et paraissant très superficiels.

Pas de défense musculaire ni de douleur à la palpation.

Le malade est opéré le 19 avril 1907.

L'appendice long de 12 centimètres, très gros et blanc, est situé en bas et en dedans, pas d'adhérences. La muqueuse est rouge à la base ; la pointe contient du pus, vers la base on trouve du sang et des matières fécales.

12 mai. — L'enfant sort. La cicatrisation est complète.

17 octobre 1907. — Revient pour se faire opérer d'une éventration de la partie moyenne de la cicatrice.

Revu en juin 1908. Plus de douleurs, plus de peaux ni de

glaires ; plus de troubles digestifs. Actuellement la cicatrice est parfaitement solide.

OBSERVATION VII (Inédite)

Appendicite chronique

Germaine G..., six ans.

Elevée au biberon à la campagne ; la nourrice donnait de tout à l'enfant : lait, gâteaux, vin, café, etc.

Dès cette époque elle avait déjà des tendances à être constipée.

Rougeole à quatre ans.

A six ans l'enfant a eu la scarlatine dont elle s'est bien remise.

Depuis ses premières années l'enfant était sujette aux coliques, à des « indigestions » assez fortes avec des douleurs du ventre qui siégeaient tantôt à droite, tantôt à gauche.

Habituellement constipée elle avait un appétit capricieux, irrégulier ; elle buvait beaucoup.

La première crise d'appendicite remonte à huit jours.

L'enfant est rentrée de l'école à 4 heures se plaignant de souffrir légèrement du ventre. A 6 heures elle a été prise de vomissements alimentaires puis verdâtres qui ont duré toute la nuit. Le lendemain les douleurs plus accentuées cette fois sont localisées du côté droit ; nouveau vomissement porracé, constipation. On donne un lavement glycériné qui ne ramène que très peu de matières; puis 40 grammes d'huile de ricin. Cette purgation est suivie de selles abondantes et à odeur fétide. Les douleurs diminuent légèrement.

Hier soir, lundi, nouvelle crise très forte qui a débuté par une douleur très violente à droite, arrachant des cris à la malade. Pas de vomissements mais la petite est constipée. Température : 38 degrés.

L'enfant est amenée à l'hôpital des Enfants-Malades le 11 juillet.

A son entrée la température était de 38 degrés.

A l'examen le ventre est ballonné, tendu.

La palpation permet de constater une défense musculaire très marquée ; on perçoit un peu de gargouillement à droite mais on n'arrive pas à délimiter le cæcum. La douleur est très vive au point de Mac Burney et dans la fosse iliaque droite ; la palpation est également douloureuse à gauche, mais beaucoup moins.

Le toucher rectal provoque de la douleur en haut et à droite.

Le facies est plombé, péritonéal. Le pouls plein bat à 110. Température : 38 degrés.

L'enfant est opérée à 9 heures du soir par M. Broca. Les anses intestinales sont noires ; le doigt introduit dans le petit bassin rompt des adhérences lâches, et il s'écoule la valeur d'un verre à bordeaux de pus fétide, grumeleux, jaunâtre. On ne trouve pas l'appendice. Compresses pour protéger le péritoine. Pas de suture.

20 juillet au matin. — Légère élévation de température ; le pouls est un peu rapide. Sur le thorax et aux plis de flexion existe une éruption framboisée qui rappelle celle de la scarlatine ; l'amygdale gauche est tuméfiée et présente quelques points blancs.

24 juillet. — L'éruption et l'angine ont disparu.

20 août. — L'enfant sort complètement guérie.

Revue en juin 1908. Plus de douleurs, plus d'indigestions, plus de vomissements. Les selles sont régulières et normales. L'appétit est bon et l'état général excellent.

OBSERVATION VIII (Inédite)

Appendicite chronique avec vomissements et fièvre

Honorine F..., treize ans.

Née à terme ; nourrie au sein maternel jusqu'à vingt mois.

Varicelle à deux ans.

Rougeole à sept ans.

Depuis plusieurs années l'enfant accusait de temps en temps des malaises et de légères douleurs abdominales accompagnées de nausées mais pas de vomissements.

La première crise bien nette de douleurs abdominales est survenue au mois de juillet dernier. Vomissements alimentaires et fièvre. Cette crise a duré une huitaine de jours et a été traitée avec de la glace sur le ventre et par des potions calmantes.

Les premiers jours du mois d'octobre elle a été reprise subitement, le matin, en se levant, de fortes douleurs dans tout le côté droit du ventre. Quelques heures après sont survenus des vomissements qui se sont répétés à quatre ou cinq reprises dans la journée. Il y avait de la fièvre. De nouveau on applique de la glace sur le ventre et huit jours après l'enfant quittait son lit et reprenait ses occupations habituelles.

Etat actuel. — Le ventre est partout souple et indolore.

Dans la fosse iliaque droite on sent le cæcum épaissi et l'appendice roulant sous le doigt sans déterminer de douleurs. La langue est un peu sale ; pas de symptômes généraux. Le 28 octobre l'enfant est opérée.

L'appendice long de 12 centimètres est grêle, rouge, dur, adhérent au grand épiploon et situé en arrière du cæcum.

Juin 1908. — Une lettre est envoyée à la famille pour que l'enfant se présente aux « Enfants-Malades. » Elle ne vient pas et répond : plus de douleurs.

OBSERVATION IX (Inédite)

Appendicite chronique

G... Blanche, douze ans.

Née à terme ; nourrie au biberon jusqu'à trois ans.

A eu la rougeole et la coqueluche.

Depuis trois ans l'enfant se plaint du ventre et vomit fréquemment. Elle est habituellement constipée.

Il y a dix mois, première crise bien nette avec vomissements, douleur dans le côté droit du ventre ; fièvre. Cette crise n'a pas duré plus d'une journée.

Depuis ce moment-là, pas de nouvelle crise aiguë ; mais, sensibilité continue dans le ventre ; nausées, vomissements se répétant plusieurs fois par semaine. Constipation.

La semaine dernière survient une nouvelle crise qui débute brusquement par des douleurs vives, des vomissements et de la fièvre.

Etat actuel. — Le ventre est souple. Douleur légère à la

pression profonde à droite et sous l'ombilic. Pas d'empâtement.

Langue humide, rosée. Température 37 degrés.

L'enfant est opérée le 12 avril 1905. L'appendice long, grêle n'est pas adhérent. Il est situé en bas et en dedans. Vers la base de l'organe on remarque une légère folliculite hémorragique.

La malade sort le 4 juin complètement guérie.

Juin 1908. — A la lettre de convocation la famille répond que l'enfant n'a pas souffert depuis.

OBSERVATION X (Inédite)

Appendicite avec crise aiguë succédant à des troubles gastro-intestinaux

Charles B..., dix ans.

Né à terme, élevé au sein.

Bronchite tous les hivers.

Rougeole à quatre ans.

Depuis près d'un an le malade souffre de poussées douloureuses au niveau de l'hypocondre droit, poussées fréquemment accompagnées de vomissements.

Peu d'appétit ; les selles sont régulières.

25 juillet 1903. — L'enfant accuse de la céphalée et des douleurs de ventre, la mère le purge : une douzaine de selles. La nuit suivante il ne dort pas et crie continuellement. Le médecin appelé purge deux fois l'enfant qui vomit la deuxième purge le 3 août. Le ventre est ballonné depuis le début de la crise.

Examen au 7 août 1903. — Le ventre est ballonné au niveau de l'hypocondre droit et forme une saillie nettement circonscrite. Il y a de la défense musculaire très nette dans la fosse iliaque droite qui, à la pression, est le siège d'une douleur très diffuse. L'état général est assez bon. Le pouls bat à 96. Glace sur le ventre. L'état de l'abdomen se modifie peu et le 3 septembre la palpation dénote encore dans la fosse iliaque droite, assez haut, en regard de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, une masse irrégulière qui se perd vers la partie inférieure, paraît être mobile et encore légèrement douloureuse.

Opération le 12 septembre. — On trouve de nombreuses adhérences qui rompues laissent s'écouler du pus. L'appendice recourbé en bas et en dehors est libre à son implantation mais son sommet est adhérent et noyé dans la masse latéro-cæcale externe. Il est enlevé. Ablation de nombreux ganglions rouges, indurés, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une fève.

L'appendice long de 11 centimètres était tordu sur lui-même à son extrémité qui est globuleuse et adhérente. La muqueuse est rouge, très congestionnée dans la moitié proximale de l'organe.

L'autre moitié est kystique et contient un abcès à pus concret et fétide. Pas de calculs ; pas de perforations anciennes.

Les suites opératoires sont assez pénibles. Le malade souffre du ventre et a plusieurs vomissements jusqu'au 14 au soir. On donne de la glace seulement et un peu d'opium en même temps qu'on injecte du sérum artificiel.

L'état du petit malade va dès lors s'améliorant jusqu'au dimanche, 4 octobre, jour où il a de nouveau des vomisse-

ments au nombre de trois dans le courant de l'après-midi. Ce sont les derniers.

Le malade sort le 25 octobre 1903.

Revu en juin 1908. Plus de vomissements ; à la palpation, ventre indolore. Très bon état général.

OBSERVATION XI (Inédite)

Appendicite chronique. — Evacuation d'un ascaride

D... René, sept ans.

Né à terme, nourri au sein jusqu'à seize mois.

Pas de gastro-entérite.

Coqueluche.

Va régulièrement à la selle.

Vers la fin du mois d'octobre 1905, l'enfant a été pris de violentes douleurs dans l'abdomen ; ces douleurs n'étaient pas localisées ; il existait de la constipation et des vomissements verts. On appliqua de la glace sur le ventre pendant dix jours. A la suite de cette crise le malade évacue un ascaride.

La deuxième crise survient en février 1906, en même temps qu'un peu de grippe. Il y a de nouveau des vomissements verts ; mais les douleurs sont moins aiguës. On maintient de la glace sur le ventre pendant cinq jours.

Troisième crise en mars 1906, ne dure que deux jours.

5 juillet. — L'enfant entre à l'hôpital. Le ventre est souple et plat ; la palpation indolore permet de sentir nettement à droite un petit cordon dur.

Opération le 9 juillet. — L'appendice replié sur lui-même

est situé en avant du cæcum, derrière la paroi. Il est petit, mince, plutôt court, et le siège de folliculite hémorragique.

L'enfant sort guéri le 27 juillet 1906.

Revu en juin 1908. Depuis l'opération aucune douleur ; plus de vomissements ni de constipation.

OBSERVATION XII (Inédite)

Appendicite chronique aboutissant à une crise subaiguë.

W... Albert, douze ans.

Né à terme ; nourri au biberon par la mère.

Pas d'entérite.

L'enfant se plaint depuis plus d'un an de douleurs abdominales siégeant à droite, douleurs vagues, intermittentes, passagères ; pas de crises de vomissements ; pas de troubles dyspeptiques.

Mars 1906. — L'enfant est pris brusquement de douleur vive dans la fosse iliaque droite, pas de vomissements, constipation légère. On le soigne avec des cataplasmes et de la pommade ; les douleurs s'atténuent puis disparaissent. L'enfant se lève au bout de huit jours ; il avait commencé à manger dès le troisième jour.

Depuis un an, rien que de petites douleurs abdominales en point de côté, revenant environ une fois par mois. Ces douleurs, durant quelques heures n'empêchent pas l'enfant de marcher. Pas de vomissements ; un peu de constipation habituelle.

Le samedi soir, 18 mai, l'enfant souffre dans le ventre ; la

douleur augmente dans la nuit, devient aiguë ; on lui met un cataplasme sur la région douloureuse.

19 mai au matin. — Il a deux vomissements bilieux et le médecin met le malade à la glace et à la diète.

Depuis les vomissements ont cessé ; la douleur persiste assez vive jusqu'au mardi 21. Ce jour-là on lui donne un lavement. Il commence à prendre un peu de lait le vendredi et ne se lève que ce matin 27 pour entrer aux Enfants-Malades.

Etat actuel. — Un peu de défense de la partie gauche de l'abdomen où l'on sent, sous le bord du grand droit, une petite masse arrondie, roulant sous le doigt, dure, à peu près à la hauteur de l'ombilic. Dans la fosse iliaque droite et le flanc droit l'on perçoit quelques gargouillements.

La langue est un peu sale.

L'état général est satisfaisant.

Opération le 31 mai. — L'appendice est situé immédiatement derrière la paroi. Il est blanc, dur, long, entouré d'adhérences, enroulé sur lui-même ; difficile à libérer. Il est épaissi dans toute sa longueur avec de petites suffusions sanguines. A la pointe existe une petite cavité des dimensions d'un haricot séparée du reste par un rétrécissement fibreux ne contenant pas de pus. Le péritoine est enflammé, congestionné, un peu épaissi.

L'enfant sort le 21 juin 1907. Guéri.

Revu en juin 1908. Plus aucune douleur : pas de vomissements ; selles régulières et normales. L'enfant paraît avoir engraissé.

OBSERVATION XIII (Inédite)

Appendicite chronique. — Opérée à froid

T... Lucien, onze ans.

Né à terme, nourri au sein maternel jusqu'à quatorze mois.

Rougeole, végétations adénoïdes opérées, hernie inguinale réduite par un bandage, prolapsus du rectum réduit spontanément.

L'enfant a toujours été constipé et il fallait lui donner souvent des purgations légères.

Cinq ou six crises légères de douleurs abdominales, sans vomissements ; crises débutant à une heure quelconque de la journée ou de la nuit et durant habituellement vingt-quatre heures environ.

Plusieurs fois ces crises ont débuté à la suite d'une purgation. La première date d'il y a trois ans ; la dernière d'il y a six mois.

Dans la nuit de samedi à dimanche l'enfant s'est réveillé avec avec une douleur abdominale assez violente et de la fièvre ; il est allé à la selle dans la nuit mais n'a presque rien rendu. Le matin vers 7 h. 1/2 on lui administre une purge et à 8 h. 1/2 survient un grand vomissement bilieux. La fièvre qui persistait toujours augmente dans l'après-midi avec un léger délire. Un médecin appelé constate une température de 38°4 avec un point douloureux net au Mac Burney.

L'enfant est immédiatement envoyé à l'hôpital.

Etat actuel. — 20 mars 1904. — Glace sur le ventre, diète hydrique.

26 avril 1904. — L'appendice est enlevé. Long de 8 centimètres, il est rouge, turgescent, situé en avant et en dedans. Il n'y a pas d'adhérences. Les parois sont sclérosées. La folliculite hémorragique est surtout accentuée à la partie moyenne. Il y a du muco-pus dans toute l'étendue de l'organe.

L'enfant sort le 16 mai 1904 en bonne santé.

Revu en juin 1908. Tous les accidents ont disparu.

OBSERVATION XIV (Inédite)

Appendicite chronique, crise avec vomissements

V... Marthe, onze ans.

Née à terme, nourrie au sein par la mère jusqu'à onze mois.

A trois ans, varicelle, rougeole, diphtérie.

Depuis un an environ l'enfant se plaint du ventre. Les matières sont liquides ; la mère ne peut préciser s'il y a eu de l'entérite.

Pendant un mois environ l'enfant s'est plainte de malaises qui ont abouti, il y a seize mois, à une crise de douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Il n'y a pas eu de vomissements. Sans consulter de médecin la mère appliqua sur le ventre de sa fille des cataplasmes laudanisés. Cette crise, assez violente, ne dura qu'une heure. L'enfant continua à s'alimenter.

Trois ou quatre mois plus tard survient une deuxième crise de même durée avec douleur à localisation identique, mais cette fois la petite fille vomit quatre ou cinq fois. Un

médecin appelé ordonne des cataplasmes laudanisés et une diète de deux jours,

Dans la nuit du 21 au 22 février 1907 survient la troisième crise. Douleurs, vomissements alimentaires. Entre les crises il n'a pas été suivi de régime.

L'enfant entre à l'hôpital le 22 février 1907.

Examen. — Le facies est un peu tiré. Température 37 degrés, Pouls rapide mais bon.

Localement on constate de la douleur et de la défense musculaire dans la région de Mac Burney.

25 février. — L'état général est meilleur.

Le ventre est souple; la douleur a bien diminué et l'on arrive à sentir un cordon qui roule sous les doigts.

15 mars. — La palpation ne détermine plus aucune douleur; la fosse iliaque se laisse facilement déprimer.

Opération le 20 mars. — L'appendice situé en bas et en dedans est non adhérent, de longueur moyenne. La paroi externe est blanche, d'aspect fibreux. A l'intérieur on ne trouve pas de piqueté hémorragique, mais l'organe est rempli de matières fécales ressemblant à des œufs brouillés.

11 avril. — L'enfant sort complètement guérie.

Revue en juin 1908. A engraissé rapidement dans les premières semaines après l'opération ; les selles autrefois liquides et irrégulières sont maintenant solides et quotidiennes.

Plus de douleur; plus de vomissements.

OBSERVATION XV (Inédite)

Appendicite chronique avec entérite muco-membraneuse

S... Désiré, sept ans.

Né à terme, nourri au biberon, lait bouilli jusqu'à deux ans.

Pas de gastro-entérite durant les premiers mois.

Quand l'enfant avait deux ans, la mère a vu pour la première fois des peaux dans ses selles. En même temps il a beaucoup souffert du ventre et particulièrement dans la région sous-ombilicale. Cette première crise dura quatre jours. Il n'y eut pas de vomissements. Diète, purgation.

Une deuxième crise analogue survient à quatre ans. Elle dure trois ou quatre jours ; même traitement.

Vers six ans se produit une troisième crise identique ; même traitement.

3 novembre. — Eclate la quatrième crise. Les douleurs augmentent d'intensité et les peaux persistent ; le malade est conduit aux Enfants-Malades le 10 novembre 1906.

L'état général est bon, température : 38 degrés ; le pouls est plein, bien frappé. La langue est humide.

Le ventre est dur, contracté, douloureux le long du trajet des côlons ascendant, transverse et descendant.

23 novembre. — L'état général est très bon. Depuis huit jours l'enfant commence à s'alimenter (lait, purées, œufs, bouillon). Il va à la selle tous les deux jours, par lavement ; les selles sont normales.

Localement il persiste un peu de douleur et de défense musculaire à droite.

9 décembre. — Le petit malade a contracté la varicelle et est expédié aux « douteux ». Rien de spécial à signaler au point de vue abdominal pendant le passage aux « douteux ». La constipation et une légère douleur persistent.

16 février 1907. — L'enfant revient en chirurgie.

Opération le 24 février. — L'appendice remonte en haut et en dedans derrière le méso-iléo-cæcal et se termine en boule au milieu de ganglions indurés et lardacés. Extirpation.

L'enfant s'en va guéri le 23 mai 1907.

Revu en juin 1908. Depuis l'opération les peaux et les glaires ont disparu. Il en est de même de la constipation.

OBSERVATION XVI (Inédite)

Appendicite chronique chez un hémophile

A... Edouard, dix ans et demi.

Né à terme, nourri pendant six semaines au sein maternel, puis au biberon.

Rougeole à quinze mois.

Scarlatine à six ans, aurait eu à la suite de l'albuminurie.

Pas de gastro-entérite dans l'enfance, pas de typhoïde.

Depuis plusieurs années, sans que la mère puisse préciser mieux, l'enfant se plaint assez souvent de douleurs abdominales, siégeant autour de l'ombilic et remontant dans la région épigastrique, apparaissant après les repas. Assez fréquemment l'enfant est pris de vomissements alimentaires pendant un ou deux jours avec léger état saburral accompagnant les douleurs.

Les selles sont normales, régulières; pas de constipation, pas de selles glaireuses ni membraneuses.

Au commencement de février 1907 l'enfant est pris de douleurs abdominales plus vives siégeant dans le côté droit.

Vomissements répétés, fièvre, délire, constipation. On croit à un embarras gastrique et on met l'enfant au lait. La

douleur disparaît au bout de quelques jours puis survient une angine et l'enfant reste au lit jusqu'à la fin du mois.

Depuis il continue à souffrir et à vomir par intermittences, comme par le passé.

Le dimanche 26 mai au réveil, le malade accuse une douleur péri-ombilicale irradiant dans la fosse iliaque droite.

Vomissements répétés, un peu de fièvre, une épistaxis. On ordonne la diète.

Le lundi la douleur a presque disparu.

Le mardi matin, un vomissement ; la mère amène son enfant à l'hôpital. On fait le diagnostic d'appendicite chronique. Pendant toute la semaine qui suit, le malade souffre un peu le matin.

On se décide à le faire entrer le mardi 4 juin 1907.

Point douloureux assez net au point de Mac Burney, mais la douleur est légère.

Dans la fosse iliaque droite on sent une petite masse mobile avec quelques gargouillements.

La langue légèrement saburrale est humide.

Température : 36°8. Pouls : 84.

Le soir l'enfant a un peu de nausées ; il ne mangea pas.

Opération le 7 juin 1907.

L'appendice long, non adhérent, est situé en bas et en dedans. Les parois en sont épaisses ; la muqueuse congestionnée est enflammée, catarrhale avec un point de folliculite hémorragique à la base, grand comme un pois. Près de la pointe se trouve un tricocéphale.

11 juin. — L'enfant vomit sa purge et deux fois son lait.

La langue est un peu saburrale ; le pouls régulier bat à 92. Le ventre est souple.

14 juin 1907. — La cicatrisation est complète.

30 juin. — L'artère de la cloison droite donne une épistaxis abondante. On l'arrête en cautérisant l'ulcération qui saigne.

3 juillet. — Se produit une hémorragie de la mâchoire inférieure droite, un petit filet de sang à la narine gauche, mêlé aux mucosités.

Le malade sort le 7 juillet ; la paroi est bonne.

Revu le 21 octobre. Depuis l'opération l'enfant s'est amélioré comme état général ; il a engraissé.

Deux ou trois fois l'enfant s'est encore plaint de coliques sourdes siégeant autour de l'ombilic, s'accompagnant de nausées. La dernière fois, il y a quinze jours, il a été obligé de quitter l'école et il a eu de la diarrhée pendant deux jours.

En dehors de cela l'appétit est bon ; les digestions sont excellentes. A la palpation on sent le côlon descendant épais, rond, roulant sous le doigt.

Le cœcum et le côlon ascendant sont de même nettement perceptibles et gargouillent.

Aucune douleur à la pression.

On recommande à la mère de surveiller toutes les selles ; de veiller sur l'alimentation (légumes, pâtes, fruits cuits) et de revenir dans un mois.

Revu le 21 novembre 1907. L'enfant a encore eu quelques coliques sourdes. A part cela aucun trouble digestif.

3 février 1908. — L'enfant se plaint encore de petites douleurs péri-ombilicales revenant irrégulièrement et durant peu.

Continue le régime.

OBSERVATION XVII (Inédite)

Appendicite chronique avec crise aiguë et entérite

Henri G..., dix ans.

Entrée à l'hôpital, 17 octobre 1907 ; sortie, 21 novembre 1907.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants, fils unique.

Antécédents personnels. — Né à terme, élevé au lait stérilisé jusqu'à vingt-neuf mois, dentition normale, marche à seize mois.

Hernie inguinale gauche à la naissance, diarrhée infantile dans les premiers mois, rougeole.

Depuis son enfance, toujours un peu d'entérite, depuis deux ou trois ans, il commence à se plaindre de douleurs abdominales qui sont intermittentes, fréquentes, siégeant dans la région ombilicale, coïncidant avec des crises de constipation et de nausées aboutissant assez rarement à des vomissements.

La mère a remarqué souvent dans les selles des glaires et des peaux ; de temps en temps crises de diarrhée alternant avec la constipation.

L'appétit était assez bon, mais souvent l'enfant se plaignait après le repas de pesanteurs d'estomac.

En classe l'enfant se fatiguait facilement en jouant.

Jamais de crise aiguë jusqu'à hier.

Il aurait reçu un coup de pied dans le ventre, le mercredi 8 octobre. Cette nuit à 1 heure, douleur brusque très vio-

lente, commençant dans la région ombilicale, et se localisant dans la fosse iliaque droite ; pas de vomissements mais nausées et éructations pénibles.

Le médecin fait mettre de la glace sur le ventre ; une selle, ce matin, à 7 heures, normale ; les douleurs sont très diminuées.

L'enfant est amené à la consultation et entre à l'hôpital.

Entrée, 17 octobre 1907, matin.

Ventre souple, douloureux dans la fosse iliaque au point de Mac Burney. On n'y sent rien d'anormal, un peu de gargouillement ; très bon état général

Température 37°6. Pouls régulier.

Langue un peu saburrale, humide.

21 octobre. — Plus aucune douleur, ventre un peu ballonné. Lavement est donné ; rien d'anormal à la palpation du ventre.

Opération 6 novembre 1907.

Appendice long de 12 centimètres, renflé à l'extrémité libre: situé en bas et en dedans, replié sur lui-même, non adhérent. On le donne à M. Bourguignon, qui le trouve turgescent et très vascularisé.

Deux anses métalliques.

Fil métallique.

13 novembre 1907. — Enlèvement des fils, très belle cicatrice, peu de sphacèle.

21 novembre. — Cicatrisation complète, sauf une croûtelle sous le tampon. Sortie

18 décembre. — Revu, l'enfant a engraissé ; très bon état général. Digestion facile ; plus de nausées, ni de vomis-

sements. Selles régulières, normales et faciles. Pas de douleurs.

Ventre souple, totalement indolore et ne présentant rien d'anormal à la palpation.

Juin 1908. — Plus de douleurs ; plus de glaires ni de peaux ; plus de diarrhée.

OBSERVATION XVIII (Inédite)

Appendicite

Paulette L..., onze ans.

Entrée à l'hôpital, 26 janvier 1907.

Sortie, 21 février 1907.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein jusqu'à quatorze mois. Première dent à sept mois, premiers pas à quatorze mois. Rougeole à deux ans, varicelle à quatre ans, coqueluche à cinq ans. Sujette aux bronchites : tous les hivers elle tousse et a des poussées de bronchite.

Au printemps de 1905, l'enfant ayant mauvaise mine, mauvais état général, la mère s'inquiéta et conduisit l'enfant à un médecin qui trouva une douleur au point de Mac Burney, mais l'enfant ne s'était jusqu'à présent jamais plainte, néanmoins elle fut traitée comme ayant une appendicite et fut mise à la diète lactée pendant huit jours avec repos, glace sur le ventre.

Par la suite, aucune douleur.

Au mois de décembre dernier, «dans la première dizaine», elle fut prise subitement dans la nuit de douleur généralisée

dans l'abdomen, surtout du côté droit, avec vomissements ; le lendemain et jours suivants, nausées et fièvre.

Elle fut traitée de nouveau pour appendicite et mise pendant huit jours à la diète hydrique, repos et glace sur le ventre.

Depuis ce moment elle a des nausées et de vagues douleurs du côté droit, ces nausées surviennent surtout après une marche ou à la suite des trépidations quand elle est dans un omnibus ou un tramway, etc.

Sur les conseils de son médecin, la mère conduit l'enfant à l'hôpital.

A la palpation, l'enfant accuse de vagues douleurs du côté droit, mais plus spécialement autour d'un ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, mais pas au point précis de Mac Burney. Le ventre est souple ; température : 37° 5.

30 janvier. — Etat local, ventre souple, libre complètement ; on sent rouler dans le fond un cordon arrondi ; les manœuvres sont légèrement douloureuses et arrachent quelques cris à l'enfant.

Opération. — 30 janvier 1907. — M. le Dr Broca opère aidé par Mlle D. P...

Incision de Mac Burney. Appendice situé en bas et en dedans.

Fils de bronze en un seul plan.

A la coupe à 1 centimètre de la base, rétrécissement scléreux avec aspect lisse de la muqueuse, matières fécales vers la pointe.

6 février. — Fils enlevés.

21 février. — Plaie complètement cicatrisée. Sortie, avec ceinture.

24 octobre 1907. — Revue, aucune douleur depuis l'opération, plus de constipation, pas de vomissements, l'enfant encore assez maigre a pourtant engraissé légèrement, appétit un peu capricieux mais digestion facile. Enfant très nerveuse, rien d'anormal à la palpation du ventre.

Belle cicatrice, paroi excellente.

Juin 1908. — Excellent état général et local.

OBSERVATION XIX (Inédite)

Appendicite chronique

Gabrielle B..., quatorze ans.

Entrée à l'hôpital, 14 mai 1904.

Sortie, 20 juin 1904.

Antécédents héréditaires. — Père décédé à trente-quatre ans de la poitrine, il y a deux ans ; il crachait depuis quatre ans. Mère trente-huit ans, bien portante.

Dix enfants dont huit vivants et trois fausses couches :

1° Fille décédée à vingt jours, de varicelle ;

2° Fille, seize ans, bien portante, tousse un peu ;

3° Garçon, mort à six semaines, convulsions ;

4° La petite malade en question ;

5° Fille, treize ans, coxalgie, à Berck ;

6° Fille, onze ans, à la campagne, tousse ;

7° Fausse couche de six semaines ;

8° Fille morte à un mois, convulsions ;

9° Fausse couche de trois mois ;

10° Fille de quatre ans, bien portante ;

11° Fauche couche de six mois ;

12° Fille de deux ans et demi bien portante ;

13° Fille de deux mois.

Antécédents personnels. — Née à terme. Nourrie au biberon. Première dent à treize mois. Marche à trois ans ; rachitique. A eu rougeole et coqueluche. Envoyée à Berck à dix ans, y reste quatre mois, va à Forges à onze ans, quatre mois.

Il y a deux mois l'enfant a beaucoup toussé et craché.

Depuis trois ans, crises douloureuses dans la région de la fosse iliaque droite. Ces crises se produisaient environ tous les deux mois d'abord, puis plusieurs fois par mois ; elles duraient trois ou quatre jours et s'accompagnaient de vomissements avec constipation habituelle, pas d'entérite muco-membraneuse. A la suite d'une nouvelle crise, l'enfant entre dans le service de M. Comby, le 22 avril 1904.

23 avril. — On constate de la douleur au point de Mac Burney. Défense musculaire.

Traitement. — Diète absolue, glace sur le ventre, extrait thébaïque à la dose de 1 centigramme.

17 mai. — Pas de crise depuis le 22 avril.

Température : 37 degrés.

Douleur légère à la pression dans la fosse iliaque droite. Ventre souple ; on sent sous les doigts le cœcum épaissi. L'enfant a bon appétit et ne souffre pas.

30 mai 1904. — *Opération.* — Incision de Jalaguier ; on voit l'épiploon et le côlon transverse qui, sans plan incliné, sont repoussés.

Appendice long de 12 centimètres, adhérent, situé en

bas et en dedans du cæcum, appendice rempli de pus avec folliculite très peu hémorragique.

Les agrafes sont enlevées le 8 juin 1904.

Réunion par première intention.

On donne une ceinture à l'enfant qui est envoyée à Epinay le 20 juin 1904.

Revue le 28 octobre 1907. Depuis l'opération l'enfant a continué à souffrir dans l'abdomen, douleurs intermittentes survenant à peu près tous les mois et durant de huit à quinze jours, constipation accentuée. Bon appétit, digestion facile, pas de vomissements.

A la palpation, corde colique ascendante transverse et descendante un peu douloureuse.

Un peu de douleur dans le flanc, mais on ne sent rien du côté des reins. On conseille de surveiller les selles « muco membranes » qu'on n'a pas surveillées jusqu'ici, de donner de grands lavements intestinaux ; alimentation, légumes, fruits cuits, et revenir dans un mois.

Juin 1908. — Ne suit plus son régime. Encore quelques selles muco-membraneuses.

OBSERVATION XX (Inédite)

Appendicite chronique

Léon C..., onze ans.

Entrée à l'hôpital, 10 juin 1907.

Sortie, 11 juillet 1907.

Parents bien portants.

Fils unique.

Né à terme, nourri au sein maternel jusqu'à quatre mois, puis allaitement mixte jusqu'à huit mois, enfin au biberon, 1 lit. 50 par jour. Marche à dix mois. Première dent à six mois. Coqueluche et rougeole à dix mois.

Dès sa première enfance l'enfant est constipé et d'une façon opiniâtre, ventre douloureux.

Vers quatre ans, on commence à trouver dans ses selles des glaires et des membranes — les selles sont difficiles, très dures, en scybales ; il n'y a jamais eu de sang.

De temps en temps, crises de constipation de plus en plus accentuées, mais les parents surveillent étroitement les fonctions digestives et les soignent : « purgations variées, grands lavements ».

Pendant ces crises de constipation, jamais de douleur caractérisée.

Depuis trois ans que l'enfant va à l'école, il commence à se plaindre de douleurs dans le côté droit de l'abdomen — douleurs qui apparaissent brusquement après une course, une fatigue, disparaissant en quelques minutes — jamais de vomissements.

L'appétit est bon, pas de troubles de la digestion qui est facile.

Il y a cinq semaines, « le lundi 6 mai », le matin, l'enfant se plaint de douleur assez forte dans le côté droit du ventre. Cependant il se lève et sort, mais dans la matinée il vomit son déjeuner du matin. Les douleurs augmentent avec malaise général, fièvre ; nouveaux vomissements dans l'après-midi.

L'enfant rentre seulement alors se coucher chez lui, souf-

frant beaucoup ; il avait eu une selle le matin. On lui met des cataplasmes laudanisés sur le ventre et on ne lui donne qu'une tasse de camomille ; pas de vomissements dans la nuit.

Le lendemain 7 mai, le médecin porte le diagnostic d'appendicite et ordonne de la glace sur le ventre avec diète hydrique, La douleur diminue rapidement. Il n'y a plus de vomissements ; les selles recommencent le samedi 11 mai ; elles sont dures, amendées par des lavements, mais on n'y trouve plus de glaires ni de peaux.

Au bout de trois semaines, il y a quinze jours, on reprend l'alimentation « purées, œufs », l'enfant commence à se lever, la douleur a disparu complètement ; on sent encore dans la fosse iliaque droite une masse de la grosseur d'un œuf de pigeon « dit le médecin ».

14 juin. — Au bout de cinq jours de convalescence, après un lavement pris, l'enfant recommence à se plaindre un peu ; on le recouche avec glace sur le ventre et diète, pas de vomissements, la douleur dure deux ou trois jours seulement.

Jeudi 6 juin.— Œufs et lait comme alimentation.

Pas de constipation depuis huit jours. Glace continue jusqu'à aujourd'hui.

Il entre le 10 juin au soir.

Pas de douleur spontanée. Dans la fosse iliaque droite petite masse allongée sous le bord du grand droit, assez haut, peu mobile, indolore ; langue très peu saburrale, pouls normal, régulier, pas de fièvre.

12 juin. — Purées, œufs.

13 juin. — La masse persiste sans aucune douleur ; suppression de la glace ; un peu de constipation. Lavement.

17 juin. — *Opération.* — M. Broca opérateur.

Incision de Mac Burney. Le péritoine est épaissi, induré et derrière lui adhère la dernière anse de l'intestin grêle : après libération de celle-ci on voit entre la paroi antérieure du cæcum et le péritoine l'appendice ascendant et coudé. Deux anses métalliques sortant en dehors.

A la coupe on trouve que l'appendice contient un peu de muco-pus sans calcul, parois épaissies ; à la partie moyenne large placard rouge hortensia.

24 juin. — Ablation des fils, bonne cicatrice, un peu de sphacèle.

11 juillet. — Sortie. Plus aucun trouble, cicatrisation complète.

10 octobre. — Revu. Paroi très solide, cicatrice cutanée un peu élargie ; il reste au niveau des tampons des anses, un petit placard pigmentaire large comme une pièce de quarante sous.

Dans le premier mois après sa sortie, l'enfant a augmenté de 5 kilogrammes, puis son poids est resté stationnaire ; il n'a plus de douleur abdominale comme auparavant ; encore un peu de constipation par moment vite chassée par un peu de glycérine et des purgatifs légers. A part ceci, les selles sont normales ; il n'y a plus de glaires ni de peaux.

La digestion se fait bien et l'enfant n'a plus de vomissements.

A la palpation de l'abdomen, l'enfant n'accuse plus de douleur ; souplesse très grande ; le côlon est peu palpable et indolore.

OBSERVATION XXI (Inédite)

Appendicite chronique dans l'intervalle de crises aiguës

G... Lucien, quatorze ans.

Né à terme, nourri au sein maternel, marche à un an.

Pas de maladie grave antérieure.

7 février 1907. — Il est pris brusquement d'une douleur abdominale violente avec vomissements répétés. On applique de la glace sur le ventre et l'enfant est soumis à la diète hydrique.

Les douleurs persistent pendant cinq jours ; le médecin ne trouve que de la défense musculaire ; pas de plastron ni d'abcès.

Le malade reste au lit douze jours.

Depuis il souffre par intermittences surtout lorsqu'il a travaillé. La constipation est habituelle, pas de dyspepsie.

5 mai. — Il va travailler, se plaignant plus que les autres jours. A midi la douleur augmente, il vomit son déjeuner et se couche.

On le met aussitôt à la diète avec de la glace sur le ventre. Il a encore un petit vomissement à 4 heures.

Les douleurs spontanées durent cinq jours et il a paraît-il une fièvre assez forte les premiers jours. La diète est maintenue pendant huit jours et le malade a pendant trois ou quatre jours une diarrhée assez forte, puis il recommence à prendre du lait et reprend peu à peu son alimentation.

Il se lève le 24, vendredi dernier.

Actuellement, peu de défense musculaire, la palpation de

la fosse iliaque droite est un peu douloureuse et fait sentir une tumeur arrondie, peu allongée sous le bord externe du grand droit.

La tumeur est mobile et dure.

La langue est normale.

Opération le 3 juin 1907. — L'appendice est logé derrière le mésentère iléo-cæcal, il est blanc, dur, adhérent vers son milieu turgescent, très rouge. A 15 millimètres de la pointe il est étranglé par une bride épiploïque qui étrangle aussi la dernière anse de l'iléon.

Résection de l'épiploon un peu adhérent et enflammé. L'appendice a des parois épaissies et il contient du pus dans toute sa longueur. A 5 ou 6 millimètres de sa base existe une poche de la grosseur d'un haricot séparée par un rétrécissement fibreux perméable des deux bouts de l'organe ; cette poche est remplie de pus. Pas de calcul stercoral. La muqueuse est congestionnée, catarrhale.

27 juin. — L'enfant sort, la cicatrisation est complète.

7 octobre. — L'enfant est revu. La cicatrice est un peu élargie et il existe une éventration légère de la partie inférieure de la cicatrice.

Plus aucune douleur spontanée, quoique l'enfant soit en apprentissage, a engraissé de 9 kilogrammes depuis sa sortie.

Rentre le 13 octobre pour son éventration. Opération.

27 octobre. — Il sort complètement guéri.

Revu en juin 1908. Plus rien du côté du ventre.

OBSERVATION XXII (Inédite)

Appendicite chronique avec petites crises douloureuses

Isabelle B..., dix ans.

Née à terme. Elevée au sein par la mère.

A eu la rougeole à quatre ans.

Varicelle à cinq ans environ ; coqueluche.

A eu également quelques bronchites l'hiver et un peu d'inflammation d'intestin.

Il y a huit ou dix mois que la maladie a débuté.

L'enfant s'est plainte de douleurs dans le côté droit du ventre, pendant sept à huit jours. Il ne semble pas qu'elle ait eu de la fièvre.

Depuis cette époque, à différentes reprises, des douleurs sont survenues par petites coliques très douloureuses qui font pâlir l'enfant, en même temps que ses traits se contractent. Elle vomit et se plaint de céphalée. Ces petites poussées durent assez peu de temps ; beaucoup moins longtemps que la première fois.

Dans l'intervalle il n'existe aucune douleur spontanée dans la région appendiculaire ; mais des nausées et une anorexie presque absolue. Pas de constipation.

Cependant la malade maigrit et c'est ce qui décide la mère à venir consulter, d'autant plus que les crises reviennent beaucoup plus souvent maintenant : tous les quatre ou cinq jours.

Examen le 10 juin 1907. — Aspect normal du ventre.

A la palpation on trouve une souplesse parfaite à gauche et presque autant à droite, avec une légère nuance.

La palpation profonde détermine nettement de la douleur au point de Mac Burney et l'on sent le cæcum un peu distendu rouler sous les doigts. L'appendice ne se sent pas.

Absolument rien aux poumons ; l'amaigrissement n'est donc certainement pas dû à un commencement de bacillose.

Opération le 13 juin 1907. — L'appendice gros, blanc, dur, renflé à la pointe, est incorporé dans le méso-iléo-cœcal en arrière par de vieilles adhérences.

A la coupe paroi très épaisse, scléreuse ; la muqueuse est épaissie et tomenteuse, mais pas rouge.

La petite fille sort le 4 juillet 1907, en parfait état.

Revue le 22 octobre 1907. Depuis sa sortie l'enfant a un peu engraissé. Son appétit est bon.

Elle a encore des douleurs fréquentes siégeant dans tout l'abdomen ; mais, sa mère nous apprend qu'avant son opération elle avait eu depuis longtemps des selles renfermant des peaux et des glaires avec une constipation permanente. Actuellement elle n'a plus que quelques glaires ; plus jamais de crises de vomissements.

A l'examen la palpation détermine de la douleur sur le cæcum et sur tout le côlon qu'on sent épais et dur surtout dans la fosse iliaque gauche. L'enfant qui a déjà un régime alimentaire insistant sur les purées, les légumes, les pâtes, les fruits cuits, continue ce régime.

Juin 1908. — Le régime n'est plus suivi ou à peu près et l'enfant qui a engraissé ne souffre que très rarement du ventre.

OBSERVATION XXIII (Inédite)

Appendicite chronique

B... Henri, treize ans.

Un de ses frères a déjà été opéré dans le service pour une appendicite aiguë le 26 juin 1905.

Enfant né à terme, nourri au biberon à la campagne par sa grand'mère.

Rougeole à sept ans ; varicelle.

L'enfant ne s'est jamais plaint jusqu'à il y a trois mois ; cependant il accuse, à l'interrogatoire, de vagues coliques depuis cinq à six mois.

Il y a trois mois il est réveillé au milieu de la nuit avec une douleur vive, lancinante, siègeant au niveau de l'ombilic ; l'enfant reste couché, les cuisses fléchies, pendant trois jours. Pendant ce temps il vomit quatre fois ; il n'a pas eu de constipation. Sa mère lui donne une purgation. Après trois jours il commence à se lever et il vient consulter M. Broca qui diagnostique une appendicite.

Il continue à aller à l'école mais se plaint de douleurs sourdes dans l'abdomen ; il a des nausées et il est obligé de s'arrêter de temps en temps ; il est gêné pour courir et jouer. On règle son alimentation (purées, légumes, œufs).

Il y a un mois, nouvelle crise avec vomissements. Il reste au lit deux jours sans constipation.

Il y a huit jours, troisième crise qui dure vingt-quatre heures. L'enfant continue à souffrir dans l'intervalle des crises mais depuis un mois la douleur se localise plus nettement adns la fosse iliaque droite.

Il entre dans le service le 2 mai 1907 pour être opéré.

A l'entrée le ventre est souple dans toute son étendue, Dans la fosse iliaque droite on sent un cordon induré, à peu près vertical, peu mobile, douloureux au niveau du bord externe du grand droit.

L'état général est bon. Température : 37°6. Pouls : 84.

Opération le 6 mai. — L'appendice long, situé en bas et en dedans, non adhérent, est un peu rouge extérieurement. A l'intérieur la muqueuse paraît saine.

26 mai 1907. — L'enfant sort. La paroi est bonne.

Revu en juin 1908. Cicatrice un peu élargie, bonne paroi.

Plus aucune douleur. Pas de vomissements. L'appétit est bon et l'enfant digère bien. Les selles sont régulières et normales. L'enfant a beaucoup engraissé. Le ventre est indolore.

OBSERVATION XXIV (Inédite)

Appendicite à répétition

B... Marcel, quatorze ans.

Né à terme, nourri au sein maternel.

A neuf jours pleurésie grave.

Enfant toujours souffreteux et mal portant jusque vers l'âge de sept ans. Il avait des bronchites fréquentes.

Depuis cet âge il est mieux portant, mais toujours un peu faible.

Pas d'entérite, pas de constipation habituelle ; pas de vomissements.

Il y a un an, l'enfant, ayant déjà un peu d'angine, se plaint

dans la soirée de douleurs siégeant à droite du ventre, douleurs qui s'exaspèrent dans la nuit. L'enfant vomit.

Un médecin appelé diagnostique une appendicite, ordonne des cataplasmes, la diète, des lavements.

La crise dure huit jours, puis l'enfant se remet progressivement. Depuis il souffre un peu de temps en temps dans le ventre ; douleurs vagues, sans nausées, sans constipation marquée.

Hier l'enfant est pris, à l'atelier (fabrique de chaussures, fatigue peu) de douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Il rentre chez lui, vomit à plusieurs reprises dans la nuit puis dans la journée d'aujourd'hui.

La mère ne lui donne pas à manger et l'amène à l'hôpital à 5 heures du soir, le 30 janvier 1908.

A l'examen le ventre est souple à gauche. Dans la fosse iliaque droite on sent une forte résistance avec douleur très vive au point de Mac Burney irradiant un peu au-dessous.

On ne perçoit pas de tuméfaction profonde.

La langue un peu saburrale, reste humide.

Température : 38°7. Le pouls, régulier, bat à 88. Glace sur le ventre. L'état général est assez bon quoique l'enfant soit plutôt maigre.

31 janvier. — La défense est beaucoup moins marquée. On sent aujourd'hui une masse allongée verticalement, dure, grosse comme le pouce et très douloureuse.

La température est tombée à la normale ; le pouls est régulier. L'état général est satisfaisant.

14 février. — Plus aucune douleur. On sent à peine un petit cordon induré. On supprime la glace.

Operation le 21 février. — L'appendice est très court, gros,

dur, avec vascularisations en surface, turgescent, pointant en avant et adhérent à l'épiploon.

5 mars 1908. — L'enfant sort. La cicatrisation est presque complète ; mais il reste encore quelques croûtes. L'enfant gardera le lit pendant encore une dizaine de jours.

Revu au commencement de juin 1908. L'enfant s'est mis à marcher presque aussitôt sorti de l'hôpital, malgré la prescription qui lui avait été faite. La cicatrice a alors légèrement saigné au niveau des croûtes.

Actuellement, et depuis l'opération, les troubles abdominaux n'existent plus.

OBSERVATION XXV (Inédite)

Appendicite chronique avec accidents nerveux

M... Blanche, onze ans.

Début il y a environ un an.

Malade tous les deux ou trois mois, l'enfant vomit et souffre de la tête. Ces crises durent deux ou trois jours ; l'état normal revient vite.

Depuis un mois et demi sont survenues quatre crises plus graves.

L'enfant a encore des vomissements alimentaires et bilieux. Elle est constipée et souffre beaucoup de la tête ; la douleur est surtout frontale.

Elle entre dans le service de M. Variot le 26 février 1904.

Les appareils pulmonaire et cardiaque sont sains.

L'enfant a des vomissements continus et faciles ; dans la nuit survient un vomissement verdâtre. Il existe de la cons-

tipation (c'est d'ailleurs l'état habituel de l'enfant pendant ses crises).

La palpation de tout le flanc gauche réveille une douleur légère. Dans la fosse iliaque gauche on sent une masse de matières fécales. A droite on sent l'appendice légèrement douloureux et gros comme le petit doigt.

La malade est continuellement agitée et ne cesse de se découvrir. A chaque crise de vomissements correspond une céphalalgie frontale violente.

L'appareil moteur et la sensibilité sont normaux.

Les phénomènes vaso-moteurs sont peu marqués ; très légère raie méningitique qui met longtemps à apparaître.

Traitement. — Calomel, 0 gr. 05. L'examen du liquide céphalo-rachidien est absolument négatif.

27 février. — Persistance du même état. L'enfant a continuellement des vomissements couleur chocolat.

28 février. — Le facies de la malade a changé.

Les traits sont tirés, les yeux excavés, le nez pincé. Les vomissements continuent.

Le pouls incomptable est peu perceptible ; la température est presque normale le matin comme le soir : aux environs de 37 degrés.

Le lendemain le facies devient encore plus péritonéal ; l'abdomen se creuse. Le pouls reste incomptable et la température ne monte toujours pas.

1er mars. — On fait une ponction lombaire qui ne donne aucune indication. Le lendemain l'état est très grave, le teint est plombé, le facies péritonéal. Céphalalgie. Vomissements bilieux. Constipation. Pouls incomptable, pas de fièvre. Température : 36°8.

5 mars. — Les vomissements disparaissent. Le facies est meilleur.

6 mars. — Le mieux s'accentue. On a dit qu'il s'est écoulé du pus par le rectum ? Le facies est meilleur. Plus de céphalalgie. Plus de vomissements.

Le 15 mars elle rentre dans le service de M. Broca, salle Bilgrain. Le ventre est déprimé, en bateau. Aucun plastron. Le ventre n'est pas tendu. Au niveau de la fosse iliaque droite il existe de la douleur à la pression.

La température et le pouls sont normaux.

21 mars 1904. — Opération. L'appendice long, grêle, blanc, dur, présente au milieu de sa longueur un foyer de folliculite hémorragique.

Il contient du muco-pus. Aucune réaction péritonéale adhésive ; à l'opération on n'a pas trouvé trace d'abcès.

26 mars. — La malade va bien ; la plaie abdominale est belle. Les accidents nerveux et abdominaux ont cessé.

Cette malade a été présentée par M. Variot à la Société de Pédiâtrie environ un an après. Elle ne présentait plus aucun signe abdominal et nerveux.

OBSERVATION XXVI (Inédite)

Appendicite chronique

P..., Suzanne, quinze ans.

Née à terme, élevée au biberon par des parents qui habitent la campagne.

Variole bénigne à quatre ans . Puis coqueluche.

La petite qui a toujours été constipée a commencé à sou-

frir de son ventre il y a dix-huit mois, peu de temps après l'apparition de ses premières règles.

Elle a déjà eu cinq crises ; la première mise sur le compte d'un embarras gastrique. Peu de fièvre, constipation opiniâtre, vomissements assez abondants, douleurs très nettes localisées à la fosse iliaque droite.

Les deux premières crises furent soignées par la mère, qui, croyant à une simple constipation donna de l'huile de ricin dans du lait. Les trois dernières crises ont été soignées par le médecin. Repos, régime lacté, lavements tièdes. La dernière crise, d'ailleurs, a été de très courte durée (la petite couchée le samedi s'est relevée le lundi suivant).

Pertes blanches abondantes depuis un an. L'enfant est de plus en plus mal réglée ; elle « voit » le plus souvent tous les quinze jours.

Dernières règles le 11 novembre.

Etat actuel (26 novembre 1905).

Le ventre est souple, non douloureux, sauf cependant au niveau du point de Mac Burney où la palpation profonde détermine l'apparition d'une douleur d'ailleurs peu intense. On ne sent pas l'appendice.

Pouls 80. La langue est belle quoique un peu saburrale.

Température : 37° 8.

On applique de la glace sur le ventre.

14 décembre. — L'état général est satisfaisant.

La paroi abdominale est souple ; nulle douleur à la pression.

Opération le 15 décembre. — L'appendice est situé en bas et en dedans. Long de 12 centimètres, il est replié sur lui-même, renflé à la pointe. A l'ouverture on découvre trois rétrécissements.

Le premier à 5 centimètres de la base.

Le deuxième à 7 centimètres.

Le troisième à 3 centimètres de la pointe.

Le tissu est blanc, scléreux, crie sous le couteau. A la base existent quelques points de folliculite. Au milieu du conduit appendiculaire on remarque quatre tricocéphales.

L'enfant sort le 7 janvier 1906 complètement guérie.

Revue en juin 1908. La douleur et les vomissements n'ont pas reparu. Il existe toujours de la constipation mais elle est notablement moins accentuée qu'avant l'opération.

OBSERVATION XXVII (Inédite)

Appendicite chronique avec petites crises

R..., Marcel, six ans.

Né à terme ; nourri au sein de la mère jusqu'à sept mois. A sept mois l'enfant va en nourrice pendant quatre mois et dépérit beaucoup.

Varicelle légère.

Il y a huit mois, le matin, l'enfant a été pris subitement de douleurs dans le ventre et a vomi. La mère lui donne tisane, œuf, lait, qui sont successivement vomis. On donne à l'enfant une purgation à l'huile de ricin qu'il vomit également. Il y avait de la fièvre. Le lendemain le malade semble complètement remis.

Depuis cette petite crise l'enfant se plaint tous les quinze jours à peu près, de douleurs dans le milieu du ventre ; à la région péri-ombilicale, et a des vomissements. Il est habituellement constipé.

La mère n'a jamais appelé de médecin. En couchant l'enfant mis au régime lacté les douleurs disparaissaient au bout de un ou deux jours.

17 février. — Deuxième crise. L'enfant est pris subitement de douleurs de ventre ; il vomit. Le médecin appelé cette fois ordonne des applications d'huile camphrée et d'essence de térébenthine et met le malade à la diète hydrique. Peu ou pas de fièvre. La crise dure deux jours.

Depuis, l'enfant s'est plaint deux ou trois fois de souffrir du ventre. Il est légèrement constipé. Comme alimentation il prend des purées, des œufs, du lait.

A l'entrée le 14 mars 1908, le ventre est souple et indolore. On sent dans la fosse iliaque droite un cordon dur, peu mobile, indolent. L'état général est très bon.

Opération le 16 mars 1908. L'appendice est extrêmement long, plongeant dans le bassin, non adhérent. Il est un peu contourné à cause de la brièveté du méso-appendice.

L'enfant sort le 5 avril, complètement guéri. Pas revu.

OBSERVATION XXVIII (Inédite)

Appendicite chronique.

Eugénie Marie C..., douze ans.

Entrée à l'hôpital, 31 mars 1906.

Sortie, 14 mai 1906.

Nouvelle entrée, 9 décembre 1907.

Nouvelle sortie, 9 janvier 1908.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire, il y a quatre ans.

Mère tousse chroniquement depuis deux ans, a eu une congestion pulmonaire en janvier dernier.

Quatre autres enfants dont un frère de quinze ans affligé de mal de Pott depuis l'âge de deux ans.

Antécédents personnels. — Née à terme, accouchement normal ; élevée au sein maternel jusqu'à l'âge de deux ans.

Première dent à huit mois, premiers pas à un an.

Fièvre typhoïde à deux ans, suivie de broncho-pneumonie et de coqueluche. Diphtérie à l'âge de cinq ans ; l'enfant a souvent de la dyspnée depuis cette époque.

3 mai. — Submatité aux deux sommets en avant, en arrière et aux deux bases.

Diminution du murmure vésiculaire et rudesse inspiratoire.

Ronchus aux deux sommets et en avant.

Frottements, râles à la base gauche.

Râles sous-crépitants au sommet gauche.

Ventre légèrement météorisé, résistant, tympanisme ; deuleur à la palpation profonde au point de Mac Burney, cordon induré.

Pas de selles spontanées.

14 mai. — Etat stationnaire ; l'enfant sort pour Epinay et sera opérée au retour.

30 octobre 1907. — Revue.

Aucune douleur spontanée, pas de vomissements, bon appétit, digère bien, pas de constipation.

Palpation. Douleur dans la fosse iliaque droite ; on ne sent pas de boudin bien net ; un peu de défense de la paroi ; pas de douleur à gauche.

Toux grasse continue ; pas de sueurs nocturnes ; peu d'amaigrissement.

Bacillose sommet droit, surtout en avant.

Reviendra dans un mois ; selles à surveiller.

4 décembre. — Douleurs abdominales fréquentes, surtout le soir ; pas de selles muco-membraneuses ; douleur à la pression dans fosse iliaque droite, au point de Mac Burney ; constipation.

18 décembre. — *Opération.* — C'est M. Broca qui opère.

Incision de Mac Burney. Appendice non adhérent, situé en bas et en dedans, sans lésion apparente extérieurement ; l'appendice est confié à M. Bourguignon.

Suites très simples. Fils retirés au huitième jour.

Sortie le 3 janvier 1908, en parfait état quant à la plaie. Poumons en assez bon état. La mère refuse de l'envoyer à Epinay.

Revue 8 juin 1908. A accusé quelques tiraillements au niveau de sa plaie pendant une quinzaine de jours après être rentrée chez elle.

Depuis ce moment, rien du côté de l'abdomen ; appétit excellent ; selles régulières. Etat général médiocre, nettement bacillaire.

(OBSERVATION XXIX (Inédite).

Appendicite.

Madeleine Jeanne X..., âgé de quatorze ans.

Entrée à l'hôpital 10 janvier 1904.

Sortie, 12 mars 1904.

Antécédents héréditaires. — Père mort à vingt-sept ans

d'une fièvre typhoïde, était bien portant, vigoureux. Mère bien portante, n'a eu qu'une fièvre typhoïde.

Une sœur de onze ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Née à terme, l'enfant s'est présentée par le sommet.

Nourrie au sein maternel, sevrée à dix-huit mois, a marché à onze mois.

Envoyée à la campagne, a eu une « inflammation d'intestins », a eu à quelques mois une rougeole très bénigne en même temps que sa mère.

Deux crises subaiguës sur lesquelles il est impossible d'avoir des détails.

A été toujours très bien portante, vigoureuse, mais cette fillette est très nerveuse et impressionnable.

Est restée à la campagne jusqu'à l'âge de dix ans.

Depuis six mois, elle se plaint de douleurs violentes dans le ventre au niveau de la fosse iliaque droite. Ces douleurs furent quelquefois extrêmes pendant la défécation.

A la fin d'octobre dernier, pendant la nuit, douleurs paroxystiques, en allant à la selle, l'enfant se trouve mal. Le médecin appelé la soigne avec applications de glace, opium, lavements. Elle se lève au bout de dix jours, fièvre avec 38°6 va en décroissant.

Se porte bien jusqu'au 1er janvier où après son déjeuner elle éprouve de la fatigue, se plaint de son ventre au moment du dîner et est prise d'un vomissement.

La nuit, l'enfant ne dort pas et éprouve de violentes douleurs.

Le lendemain, fièvre 39° 4. La crise dure avec alternatives de mieux jusqu'au 9 janvier, paroxysme, fièvre 41° 1.

Le médecin craint une péritonite ; la fièvre tombe jusqu'à 37 degrés hier soir , les douleurs diminuent.

11 janvier 1904. — Aspect général bon.

Langue rouge, sèche, ventre souple et douloureux au niveau de la fosse iliaque droite. La douleur est localisée au point de Mac Burney sur une étendue très limitée. A la palpation on a la sensation d'un empâtement assez étendu et répondant à l'espace douloureux.

18 janvier. — Température 37 degrés.

Langue un peu blanche, humide.

Ventre souple, douloureux à la pression au point de Mac Burney.

19 janvier. — Douleur dans la fosse iliaque, n'existe plus à droite.

25 janvier. — Un peu de douleur spontanée dans la fosse iliaque droite.

Opération. — 8 février 1904.

L'appendice est replié sur lui-même et est très induré ; il adhère avec l'épiploon dans l'angle de la paroi abdominale et de la fosse iliaque.

9 février. — Langue et pouls bons.

11 février. — Langue très humide, un peu blanche.

Température 38 degrés. Pouls bon.

On enlève le drain qui contient du sang et l'extrémité libre de l'appendice qui avait été coupée en partie.

La plaie est belle. En raison de la quantité de caillots sanguins contenus dans le drain, on met un nouveau drain.

12 février. — Température normale.

Pouls bon.

Sortie complètement guérie, 12 mars 1904. Vue, rue Saint Placide, 8 juin 1908.

Absolument bien portante depuis l'opération.

OBSERVATION XXX (Inédite)

Appendicite

Charlotte R..., cinq ans.

Entrée à l'hôpital 3 février 1906.

Antécédents héréditaires. — Mère vingt-six ans, bien portante, père bien portant.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein par une nourrice jusqu'à l'âge de un an. Première dent à huit mois, premiers pas à dix mois environ, rougeole à quatre ans.

L'enfant est sujette aux bronchites. Lundi dernier la petite est allée à l'école, elle souffrait déjà d'une angine au début. Mardi matin, après avoir pris son déjeuner vomissements abondants alimentaires d'abord, puis bilieux, porracés, verdâtres, dit la mère. L'enfant continuait à se plaindre de la gorge.

Constipation opiniâtre ; dernières selles le dimanche précédent.

Un médecin consulté fait le diagnostic d'angine herpétique et ordonne des badigeonnages avec miel rosat, eau de Vichy et un peu de lait.

Vendredi soir : apparition de douleurs dans la région périombilicale d'abord, puis dans la fosse iliaque droite, et enfin à gauche.

Le lendemain, douleur bien localisée à droite. La constipation ne cède pas à un lavement huileux et glycériné. Vomissements à l'ingestion du moindre aliment, voire même un simple attouchement de la gorge pour badigeonnage. Fièvre 40°8.

Le médecin fait le diagnostic d'appendicite, après avoir songé un moment à celui d'entérite et conseille l'envoi immédiat de l'enfant à l'hôpital.

6 février 1906. — Etat adynamique assez marqué ; yeux cernés, facies pâle, langue recouverte d'un enduit épais, blanc-jaunâtre, langue sèche. Pouls irrégulier, mal frappé, 120.

On pense un instant à la typhoïde ? pas de température ? pas de tâches lenticulaires ?

Raideur de la nuque, pas de signe de Kernig.

Le ventre est douloureux dans la fosse iliaque droite ainsi que dans la fosse iliaque gauche ; défense musculaire assez marquée dans la fausse iliaque droite. Douleur à la palpation superficielle au point de Mac Burney.

Gargouillement du cæcum.

Toucher rectal : l'enfant est constipée et n'est pas allée à la selle depuis quatre jours.

Opération. — Incision de Mac Burney. Appendice présentant un piqueté hémorragique.

12 mars 1906. — Les fils sont enlevés ; cicatrisation à peu près parfaite. Très bon état général.

25 mars. — Enfant guérie.

Juin 1908. — La guérison s'est maintenue ; il n'y a plus de constipation.

Aucune douleur spontanée.

OBSERVATION XXXI (Inédite)

Appendicite

Germaine C..., neuf ans.

Entrée à l'hôpital, 13 mai 1904.

Sortie, 27 septembre 1904.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Une sœur de vingt ans en bonne santé.

Antécédents personnels. — Née à terme ; mais à la suite d'un accouchement laborieux ; élevée au biberon jusqu'à dix-huit mois.

Premiers pas à quatorze mois.

Premières dents à six mois.

Rougeole à un an ; scarlatine, il y a deux ans ; urticaire fréquent.

Souvent l'enfant se plaint du ventre, indigestions fréquentes.

Jamais de diarrhée, constipation habituelle ; selles tous les trois jours.

Environ trois semaines avant sa crise, l'enfant a vomi dans la nuit.

Lundi 25 avril. — On ramène l'enfant de l'école ; pas de vomissements.

Le lendemain 26, vomissements.

Le médecin appelé, fait mettre de la glace sur le ventre et ordonne du lait, de l'eau de Vichy.

Pas de constipation.

A cette époque la température est 39 degrés. Traitement

continué mais fièvre persistante. Douleurs toujours au ventre.

13 mai. — Fièvre augmente, entrée d'urgence de l'enfant à l'hôpital.

On procède à l'intervention. Ouverture d'un abcès situé en avant et légèrement en dedans du cæcum ; pus louable d'une quantité égale à la capacité d'un verre à bordeaux. On ne cherche pas l'appendice ; drainage.

6 juin. — On a diminué le calibre des drains, la suppuration étant moins abondante il en est résulté un trajet fistuleux assez profond.

2 juillet. — Il persiste encore un trajet fistuleux de 10 centimètres de longueur, trajet dirigé fortement d'avant en arrière et légèrement de haut en bas et de droite à gauche. Le trajet est fort étroit, mais on parvient cependant à le drainer entièrement. La suppuration est très atténuée ; état général excellent.

Le trajet diminue de profondeur très lentement. Le pourtour de la plaie est fort rouge et la suppuration encore fétide.

L'enfant sort le 27 septembre, ayant encore une fistulette et qui jusqu'à présent résiste au traitement. L'enfant vient se faire panser deux fois par semaine.

Juin 1908. — La fistule n'existe plus. La constipation persiste, mais moins accentuée qu'avant l'opération, aussi donne-t-on de temps en temps une légère purgation à la fillette. Etat général plutôt médiocre.

L'enfant suit régulièrement sa classe.

Deuxième groupe d'observations

OBSERVATION XXXII (Inédite)

Appendicite chronique avec amaigrissement

L... Clémence, âgée de dix ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Née à terme ; nourrie au sein jusqu'à treize mois.

N'est pas encore réglée.

A eu la diphtérie à sept ans, la rougeole et la coqueluche à trois ans.

Depuis cette époque une bronchite tous les ans.

L'enfant semble aller régulièrement à la selle, mais les matières sont souvent diarrhéiques.

Depuis trois ans environ l'enfant se plaint souvent du ventre, surtout du côté droit ; ces crises douloureuses durent quelques jours. On lui donne alors des lavements de camomille et des cataplasmes de farine de lin sont appliqués sur le ventre.

L'enfant avait après le repas des vomissements qui ont rapidement augmenté de fréquence et d'importance ces derniers temps.

La mère inquiète de voir sa fille maigrir l'amène à la consultation de médecine il y a quatre jours, d'où on la renvoie dans le service de M. Broca.

A l'examen local on sent de la défense musculaire à droite ; la palpation profonde est douloureuse et la douleur persiste quelques minutes après l'examen ; le cæcum gargouille nettement.

L'enfant est opérée le 6 mars 1907.

L'appendice se trouve dans l'angle iléo-cæcal ; non adhérent, mais rouge et renflé à la pointe. L'extrémité libre est scléreuse et oblitérée sur une longueur de 5 à 6 centimètres. La muqueuse est tomenteuse, très épaissie. La paroi est blanche avec des lacis vasculaires.

L'enfant sort le 18 avril avec une petite fistule.

Le 25 avril elle est revue et la cicatrisation en ce moment est complète.

Revue aux mois de novembre 1907 et juin 1908.

Plus aucune douleur ; plus de vomissements. Les selles sont régulières et normales. L'enfant a beaucoup engraissé. On ne constate rien d'anormal à la palpation du ventre.

OBSERVATION XXXIII (Inédite)

Appendicite chronique avec vomissements

L... Henriette, huit ans et demi.

Née à terme. Elevée au sein jusqu'à vingt-deux mois.

La mère amène l'enfant à l'hôpital des Enfants-Malades pour son ventre qui était ballonné, dur. Elle avait en même temps un écoulement vaginal abondant. C'est pendant ce séjour à l'hôpital que l'enfant a eu la scarlatine qui lui a duré deux mois.

A sa sortie de l'hôpital le ventre est toujours dur et ballonné, il existe toujours de la vaginite.

Depuis deux ans l'enfant accuse par moment des douleurs intenses pour aller à la selle ; elle est obligée de chercher un point d'appui pour souffrir moins. Elle n'est pourtant pas constipée.

Depuis environ un an elle vomit tous les huit jours, soit avant de manger : ce sont alors des glaires, soit après le repas du midi : ce sont alors des aliments et de la bile.

Vers le 15 septembre 1901 l'enfant se plaint pour la première fois de la fosse iliaque droite ; sa mère la purge sans résultat et la met au lait pendant quelques jours.

1er octobre. — Survient une véritable crise de vomissements : cinq dans la journée. En même temps existe de la douleur dans la fosse iliaque droite et la petite fille se plaint comme d'ailleurs les jours précédents d'une céphalalgie assez violente.

Depuis, deux ou trois vomissements.

8 octobre. — L'enfant entre à Tenon dans le service de M. Broca.

Elle se plaint de céphalalgie et de douleurs dans la fosse iliaque droite.

Le ventre est ballonné. La palpation réveille une douleur vive au point de Mac Burney. Il y a de la défense de la paroi. Le cæcum gargouille et il existe un empâtement net quoique peu exagéré.

11 octobre. — M. Broca résèque l'appendice qui est long et rouge à son extrémité.

16 novembre. — La petite malade part, complètement guérie.

Revue en juin 1908. Depuis l'opération l'enfant a conti-

nué à avoir des douleurs abdominales et des vomissements, mais moins fréquemment.

Depuis un an qu'elle est réglée, les vomissements et les douleurs ont disparu. Quelquefois cependant léger point de côté soit à droite, soit à gauche. Les digestions sont bonnes mais il existe une constipation rebelle.

OBSERVATION XXXIV (Inédite)

Appendicite chronique

R... Suzanne, neuf ans et demi.

Née à terme.

Nourrie au sein jusqu'à neuf mois.

A toujours eu une bonne santé.

L'enfant se plaint depuis deux ans de douleurs dans le ventre, douleurs localisées au côté droit, douleurs vagues qui de temps en temps devenaient plus aiguës et l'obligeaient à s'aliter quelques heures seulement, jusqu'à cessation de la souffrance. L'enfant n'a jamais vomi et n'a jamais eu de fièvre.

Depuis six mois les crises devenaient plus fréquentes ; pas de vomissements, pas de diarrhée, pas de fièvre. Il y avait plutôt de la constipation.

Au mois de janvier dernier l'enfant se plaignait de plus en plus de douleurs dans le côté droit du ventre à tel point qu'elle fut obligée de manquer l'école pendant plusieurs jours.

A ce moment il y eut de la diarrhée mais jamais de vomissements ni de fièvre. Un médecin consulté traita pour appendicite.

Une nouvelle crise douloureuse survint il y a huit jours avec souffrances violentes dans la fosse iliaque droite.

A l'examen local la palpation n'est pas très douloureuse ; le ventre est relativement souple ; on sent rouler sous le doigt une petite grosseur.

L'état général est satisfaisant.

22 mars. — M. Broca pratique l'appendicectomie.

L'appendice long et grêle remonte le long du cœcum dans l'angle iléo-cœcal. Il n'est pas adhérent et présente un piqueté hémorragique.

La petite malade sort le 15 avril ; la cicatrisation est complète.

Revue en juin 1908. Plus aucune douleur. L'enfant digère bien. Pas de vomissements. Les selles sont régulières. N'éprouve aucune fatigue et elle court et joue beaucoup mieux qu'avant l'opération. Plus de diarrhée.

OBSERVATION XXXV (Inédite)

Appendicite chronique avec vomissements

F..., Armand ; douze ans.

Elevé au sein à la campagne jusqu'à deux ans.

Enfant très difficile à élever jusqu'à sept ans, continuellement malade.

De sept ans à onze ans, sa santé est meilleure.

Depuis un ans il a été atteint d'une douzaine de crises passagères, ne durant jamais plus d'un jour, pendant lesquelles il a vomi la nuit ou le matin en se réveillant. Il se plaint de souffrir dans le côté droit du ventre, d'avoir des nausées et de la céphalalgie.

Pas de constipation.

L'enfant a vomi pour la dernière fois le 12 mai 1905.

Il entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Le ventre est un peu ballonné ; il existe une défense musculaire très nette à droite. Pas de douleur au point de Mac Burney ; le maximum de la douleur a son siège en un point situé à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic et à 2 centimètres à droite de la ligne médiane.

La palpation donne du gargouillement à droite. Au-dessus de l'arcade crurale on sent une masse légèrement pâteuse du volume d'un œuf de poule. Il existe de la sonorité des deux côtés de l'abdomen.

Le toucher rectal permet de sentir une masse empâtée, un peu douloureuse en haut et à droite.

8 juin. — L'enfant a trois vomissements verdâtres sans fièvre. L'empâtement a actuellement beaucoup diminué.

Les vomissements continuent dans la nuit (6 fois). Le malade a en même temps de la diarrhée. Le pouls est à 60, régulier mais faible. Tout l'abdomen est douloureux mais principalement à droite. Le ventre est plat et n'offre aucune défense musculaire.

9 juin. — Les vomissements continuent ; le pouls est à 100, petit, régulier. Jamais de fièvre.

Il n'y a plus eu de vomissements depuis le 10 juin et dès que ceux-ci ont cessé la douleur a disparu.

Actuellement le ventre est souple. Par la palpation profonde on sent, au point correspondant au point douloureux primitif, un petit boyau allongé, dur, roulant sons le doigt, un peu oblique en bas et en dedans.

29 juin 1905. — Le malade est opéré par M. Broca.

L'appendice long de 6 à 7 centimètres est situé en bas et en dehors. Il présente trois rétrécissements très étroits, quel-

ques points de folliculite à la pointe et à la base, un peu de pus au milieu.

16 juillet. — L'enfant sort complètement guéri.

Revu en juin 1908. Depuis l'opération l'enfant a beaucoup grandi et travaille sans aucune fatigue. Il est apprenti monteur en bronzes d'art et reste debout toute la journée.

Plus de céphalée ni de vomissements.

OBSERVATION XXXVI (Inédite)

Appendicite chronique avec vomissements

C... Lucie, quatorze ans.

Née à terme, élevée au sein.

A toujours eu des troubles gastro-intestinaux.

Elle a eu très fréquemment des vomissements abondants survenant par crises qui duraient deux ou trois jours et accompagnés d'un peu de fièvre. Ces crises survenaient à intervalles, mais se produisaient généralement le matin et s'accompagnaient de céphalées violentes. La petite fille est habituellement constipée.

Jeudi 9 avril. — L'enfant a un mouvement fébrile, un peu d'angine, un mauvais été général avec éruption d'herpès.

Elle est purgée le vendredi assez énergiquement.

Le lendemain elle se trouve mieux, on l'alimente mais elle vomit le tout de la soirée.

Enfin, le dimanche elle commence à souffrir dans le bas-ventre, des deux côtés.

15 avril. — La malade entre à Tenon.

Etat actuel. — Les douleurs réveillées par la palpation

sont un peu plus vives au niveau de la fosse iliaque droite mais existent aussi à gauche. L'abdomen en entier manque de souplesse. Glace sur le ventre.

Les jours suivants la palpation devenue plus facile réveille une douleur franche à droite, plus rien à gauche.

La petite malade est opérée le 11 mai 1903. L'appendice plonge jusqu'au fond du petit bassin et adhère à l'épiploon. Il est très congestionné au niveau d'un point perforé situé à 15 millimètres de l'extrémité. Pas de pus.

8 juin. — La malade part pour Epinay. La cicatrice est bonne.

Revue en juin 1908. L'opération a fait disparaître les accidents. L'appétit est excellent, les digestions sont bonnes et il ne persiste actuellement qu'une constipation tout à fait légère.

OBSERVATION XXXVII (Inédite)

Appendicite chronique avec nausées

Marius B..., onze ans.

Né à terme, élevé au biberon jusqu'à quatorze mois.

A eu à plusieurs reprises de la diarrhée, sans gravité.

Rougeole à trois ans.

Varicelle et coqueluche à cinq ans.

A trois ans l'enfant a souffert du ventre sans diarrhée, sans vomissements, avec un peu de fièvre et des maux de tête. Le médecin ne s'est pas prononcé et a soigné l'enfant pendant un mois avec des cataplasmes, des purgations répétées et un régime.

Depuis cette époque l'enfant a eu l'estomac délicat, avec nausées fréquentes mais sans vomissements. Les selles sont régulières, pas de constipation, pas d'entérite muco-membraneuse.

De temps en temps l'enfant se plaint du ventre, mais sans être obligé de s'aliter.

Vers le 15 janvier, il a été pris, en revenant de l'école, de maux de tête et de douleurs de ventre, le côté droit de l'abdomen était surtout sensible. Nausées, mais pas de vomissements. Les douleurs ont persisté sans grande intensité, pas de constipation. L'enfant s'est couché pendant deux jours et a continué à souffrir très modérément pendant quinze jours encore mais sans être obligé de s'arrêter.

15 février. — A la consultation de M. Comby on fit le diagnostic d'appendicite chronique et l'enfant fut envoyé à M. Broca.

Examen local. — La fosse iliaque droite est souple, dépressible, pas de défense musculaire, pas de douleur. On sent dans la profondeur un petit cordon dur, roulant sous le doigt, mais pas douloureux.

Opération le 13 mars 1905. — L'appendice est situé en bas et en dedans ; il est replié sur lui-même, mais pas adhérent. Il contient deux petits calculs stercoraux.

Suites opératoires normales ; réunion par première intention. L'enfant sort guéri le 30 mars.

Revu en juin 1908. Pendant la première année qui a suivi l'opération, l'enfant a encore eu quelques crises douloureuses, sans vomissements.

Depuis cette époque plus rien. L'état général est très bon

OBSERVATION XXXVIII (Inédite)

Appendicite chronique avec crises de diarrhée

C... Paul, treize ans et demi.

Né à terme, élevé en nourrice au biberon jusqu'à quinze mois.

Pas d'entérite pendant l'enfance. Rougeole, scarlatine.

Pas de troubles gastro-intestinaux jusqu'à il y a deux ans.

Depuis deux ans l'enfant se plaint de douleurs abdominales prédominant dans le côté droit, revenant tous les deux mois environ et durant une huitaine de jours. Ces douleurs s'accompagnaient de constipation. Pendant la période douloureuse, l'enfant restait couché ; il mangeait peu et on lui frottait le ventre avec de l'huile ; pas de vomissements.

Depuis deux ans également. l'enfant a des crises de diarrhée durant deux ou trois jours, auxquelles succède de la constipation avec selles dures, pénibles, dans lesquelles on n'a jamais vu ni sang, ni glaires, ni peaux.

Pas de troubles dyspeptiques ; l'appétit est modéré.

Il y a huit jours, le 16 juin (après un effort ?) l'enfant s'est plaint le soir de douleurs plus vives dans le côté droit du ventre.

Le lendemain il se lève mais il se recouche bientôt après. Pas de vomissements ; un peu de diarrhée. On lui donne une alimentation légère mais on n'applique pas de glace sur le ventre.

Depuis la douleur persiste, ainsi que la diarrhée.

Hier la mère consulte à Broussais ; on diagnostique une

appendicite chronique et l'enfant entre aujourd'hui dans le service de M. Broca, le 25 juin 1907.

L'enfant, en dehors de ses troubles gastro-intestinaux, a des angines fréquentes et ses amygdales sont hypertrophiées.

Examen local. — Le ventre est souple. On sent dans la fosse iliaque droite une petite tumeur mobile, en boudin, avec gargouillements.

La palpation est légèrement douloureuse.

La langue est légèrement saburrale, rouge à la pointe et aux bords.

Température 37°8 le soir. Pouls normal.

27 juin. — Le ventre est entièrement indolore et souple, mais on sent toujours un petit cordon dans la fosse iliaque droite.

La langue est bonne.

Opération le 1er juillet. — L'appendice est situé derrière le méso-iléo-cæcal ; il est long de 12 centimètres environ, grêle, rouge extérieurement, non adhérent. Il contient des matières fécales non durcies.

A sa partie moyenne existe un point de folliculite hémorragique.

Dans son ampoule terminale existe un corps étranger long de 3 millimètres, large de 2 millimètres. L'extrémité est en forme de croissant avec deux pointes très accusées.

25 juillet 1907. — L'enfant sort complètement guéri.

Revu le 16 novembre 1907. L'état général est bon ; l'enfant a un peu engraissé. Il dit avoir encore souffert de temps en temps de douleurs passagères dans la fosse iliaque droite. Il est habituellement constipé. L'appétit est bon et les diges-

tions faciles. A la palpation le ventre est souple et indolore.

Surveillera ses selles et reviendra dans six semaines.

Revu une deuxième fois le 3 février 1908. L'enfant est un peu maigre et pâlot. Il a de la diarrhée depuis huit jours. De temps en temps il accuse des points de côté dans la partie droite du ventre.

Ses selles diarrhéiques contiennent des glaires et des peaux. L'enfant mange peu mais digère assez bien.

A la palpation les côlons sont gros, un peu durs, indolores.

On lui recommande les purées, les fruits cuits, les légumes, les pâtes alimentaires ; un grand lavement d'eau bouillie tous les soirs et des purgatifs salins quotidiens. Reviendra dans quinze jours.

19 février 1908. — Plus de diarrhée ; selles un peu dures sans peaux ni glaires. Ne sent plus que quelques rares points de côté tout à fait légers à droite. Les côlons ne sont plus indurés. L'état général est beaucoup meilleur ; l'enfant engraisse.

OBSERVATION XXXIX (Inédite)

Appendicite chronique, forme douloureuse simple

Ch... Henri, onze ans et demi.

Cet enfant est venu à terme, nourri au sein pendant trois mois, puis au biberon jusqu'à quinze mois.

A toujours eu des troubles du côté de l'intestin : étant en nourrice il a eu presque constamment de la diarrhée ou de la constipation. Depuis le sevrage plus de constipation, mais des douleurs de ventre.

Depuis trois semaines l'enfant a eu presque tous les jours des crises douloureuses localisées à droite de l'abdomen. Ces douleurs survenant le matin durent jusque vers 2 heures ; ces douleurs sont spontanées et augmentent par la pression.

Pas un seul vomissement, pas de constipation, pas de diarrhée. Les selles sont normales.

1er décembre. — On remarque que l'enfant a le facies adénoïdien.

Pas de douleur spontanée ; douleur à la pression au niveau du cæcum ; pas de défense musculaire.

15 décembre. — On sent un cordon arrondi, roulant sous le doigt dans la fosse iliaque ; on sent également quelques petits ganglions. Le cæcum un peu distendu gargouille. Le côlon descendant est rempli de matières formant cordes.

14 janvier 1907. — Même état.

31 janvier. — Mêmes signes.

Opération le 1er février.— L'appendice est situé en dedans, non adhérent. Il est turgescent et présente une folliculite très marquée.

2 mars. — L'enfant sort avec une petite croûte à la partie supérieure de la cicatrice.

Revu une première fois le 16 août 1907, l'enfant se plaint de douleurs abdominales avec picotements et pesanteur, surtout à gauche. Les selles ont été glaireuses, sanglantes pendant trois jours la semaine dernière, avec des pseudo-membranes abondantes.

Revu en juin 1908. Plus de selles muco-membraneuses; plus de douleur. L'enfant digère très bien, les selles sont régulières et son état général est excellent.

OBSERVATION XL (Inédite)

Appendicite chronique sans crise aiguë

V... Paul, quatorze ans et demi.

Né à terme ; nourri au sein. Elevé à la campagne jusqu'à il y a un an.

Rougeole à quatre ans.

Typhoïde à huit ans et demi sans complications.

L'enfant continue après comme avant, à souffrir d'une constipation habituelle.

Pas d'accidents bien précis jusqu'à il y a un an. A ce moment l'enfant commence à se plaindre par intervalles de douleurs sourdes dans le ventre, sans siège précis. Pas de vomissements ; l'enfant ne cesse jamais d'aller à l'école puis à l'atelier.

Le 31 avril 1907, il entre salle Bouchut pour une bronchite qui dure huit jours. Comme il est de plus très constipé on lui donne une purge et un lavement.

Retourné chez lui il recommence, quelques jours après, à souffrir du ventre sans localiser sa douleur. Pas de vomissements. L'enfant reste quelques jours au lit, puis recommence à se lever, mais sans travailler. Les douleurs persistent par intervalles et il y a de la constipation ; elles sont plus fréquentes le jour mais ne semblent nullement influencées par la fatigue. L'appétit est bon ; les digestions sont faciles.

Etat actuel. — Le 20 mars 1904 l'état général est très bon.

Les douleurs spontanées ont disparu depuis quelques jours.

Le ventre est souple ; pas de défense musculaire. Le petit malade accuse à la pression une légère douleur qu'il localise nettement un peu au-dessous du point de Mac Burney. La fosse iliaque droite gargouille. Température 37°4. Pouls 92.

On délimite une petite masse ronde à la partie inférieure de la fosse iliaque droite.

Opération le 6 mai. — Appendice long de 10 centimètres, situé en bas et en dedans, non adhérent, rouge extérieurement. L'extrémité est libre et l'organe contient des matières fécales.

La muqueuse paraît saine.

Suites opératoires normales ; le malade sort le 26 mai.

Revu en juin 1908. La douleur et les vomissements ont disparu. Dans l'espace de cinq semaines après l'opération l'enfant augmente de 5 kilos.

OBSERVATION XLI (Inédite)

Appendicite chronique pure

T... Marie ; neuf ans et demi.

Née à terme ; nourrie au sein, mais très mal réglée au point de vue des tétées. Sevrée à dix-huit mois.

Coqueluche et rougeole à sept ans.

L'enfant mange peu habituellement.

Elle n'est pas sujette aux indigestions ; mais la constipation est son état habituel.

Il n'y a jamais eu de grande crise. Très souvent, à l'occa-

sion d'une course ou d'une fatigue l'enfant se plaignait, dans le côté droit de l'abdomen, d'une douleur qui disparaissait par un léger repos.

Samedi dernier l'enfant s'est sentie fatiguée ; elle avait des nausées et souffrait du ventre ; elle était constipée comme d'habitude. Une heure après avoir avalé une tasse de thé elle a un vomissement alimentaire. Un médecin consulté pense à l'appendicite et met l'enfant au repos avec des compresses humides très chaudes sur le ventre.

Le 10 avril 1906 la petite malade rentre dans le service de M. Broca.

L'état général est bon ; la langue est belle ; le pouls régulier ; température 38 degrés.

Le ventre est souple au niveau des deux fosses iliaques ; à peine perçoit-on à la palpation de la fosse iliaque droite une légère défense musculaire. A la palpation profonde, dans cette même fosse, on sent un cæcum dur, mais pas l'appendice. Toutes ces manœuvres sont indolores. Pas davantage de douleur spontanée.

Opération le 3 mai. — La muqueuse de l'appendice est très fortement congestionnée. La malade s'en va le 1er juin. Devra suivre un régime.

Revue en juin 1908. L'enfant a engraissé de 15 livres dans les cinq mois qui ont suivi l'opération. Plus de douleur, plus de constipation.

OBSERVATION XLII (Inédite)

Appendicite chronique.

M... Lucien, neuf ans et demi.

Né à terme ; nourri au sein par la mère jusqu'à quinze mois, puis on lui donne de la farine lactée.

Quelques convulsions gastro-entérite.

Croup à cinq ans, : rougeole à six ans.

Depuis un mois et demi, l'enfant se plaint de douleurs abdominales. Quelques vomissements alimentaires.

N'a jamais eu de crise aiguë.

A l'entrée, le 4 mai 1907, l'enfant accuse une douleur légère au point de Mac Burney, pas de tumeur perceptible. Bon état général.

Température 37°4. Pouls 92.

Pas de constipation, la langue est un peu saburrale.

Opération le 8 mai 1907. — L'appendice long, situé en bas et en dedans, n'est pas adhérent. A la coupe il est tapissé sur toute sa longueur de matières fécales couleur hortensia. Il est le siège d'un piqueté hémorragique.

21 mai. — La cicatrisation est complète.

Le petit malade sort le 3 juin 1907.

Revu en juin 1908. Pas aucune douleur, plus de vomissements ; l'enfant a engraissé.

OBSERVATION XLIII (Inédite)

Appendicite chronique pure

B..., Blanche, onze ans.

Née à terme, nourrie au biberon dans la Sarthe.

Rougeole à trois ans.

Pleurésie qui a duré deux mois à l'âge de huit ans.

Scarlatine à huit ans et demi.

Depuis plusieurs années, sans que la mère puisse préciser (depuis toujours, dit-elle), l'enfant avait de fréquentes indispositions qu'on qualifiait indigestions : malaises après un repas ou dans le courant de la journée, puis nausées, vomissements alimentaires ou bilieux ; pas de douleur abdominale.

Il y a environ sept semaines ces malaises ont reparu, ils étaient accompagnés de vomissements et de douleurs dans la fosse iliaque droite. Ces accidents se sont renouvelés toutes les semaines depuis et durent environ vingt-quatre heures. A ce moment, la malade était constipée. Le médecin appelé le 25 mai ordonne de la glace sur le ventre et la diète absolue.

La semaine dernière, l'enfant allant tout à fait bien, commence à se lever vendredi et elle entre à l'hôpital le 7 juin pour l'opération.

A l'entrée, l'état général est bon ; le ventre est souple et il n'y a pas la moindre douleur dans la fosse iliaque, même à la palpation profonde. On constate un léger gargouillement, mais, surtout de nombreux ganglions roulant sous le doigt, groupés en forme de cordon.

Opération le 13 juin 1904. — L'appendice est entouré de fausses membranes et de restes de pus caséeux. Il est situé sur le bord du détroit supérieur au voisinage de la trompe de l'ovaire enflammée. Le cordon que l'on sentait avant l'opération était vraisemblablement constitué par la trompe et l'ovaire.

L'enfant sort le 3 août 1903, en excellent état.

Revue en juin 1908. Depuis l'opération l'enfant s'est fortifiée. Difficile à nourrir auparavant, elle mange de tout. Plus rien de pathologique.

OBSERVATION XLIV (Inédite)

Appendicite chronique

Marthe B..., douze ans. Elle a une sœur et un frère plus jeunes.

Née à terme par le sommet, fracture de l'humérus en venant au monde.

Il y a trois ans, opérée de strabisme par le Dr Landolt (les deux yeux).

Depuis trois ans, entérite, diarrhée avec sang et peaux ; pendant trois mois ; séjour à Forges deux mois ; amélioration.

S'est toujours plainte du ventre, quand elle a trop joué par exemple.

Peu d'appétit, constipation, jamais de jaunisse. Il semble n'y avoir plus de peaux dans les selles. De temps en temps, crises de vomissements; elle ne souffre plus ensuite, mais elle est prise de transpiration et elle reste couchée.

La semaine passée, elle a rendu des oxyures et il y a deux mois, deux ascarides.

Etat actuel. — Ventre plat, corde colique gauche.

Sensibilité dans la fosse iliaque droite, juste au point de Mac Burney.

On sent l'appendice un peu douloureux, il y a à peine de défense musculaire.

Foie normal.

Opération le 14 mai. — M. le Dr Monchet, opérateur, fait une incision au point de Mac Burney et trouve un appendice

gros, long et rempli de matières stercorales liquides; pas d'adhérences.

Catgut pour le péritoine et les muscles. Fil métallique fin pour la peau.

La malade est sortie le 2 juin 1907, de l'hôpital, alors qu'elle y était depuis le 13 mai 1907. Etat excellent, cicatrice paraît très solide.

Revue le 17 octobre, cicatrice un peu élargie; pas de douleurs, pas de vomissements. Il n'y a plus de peaux dans les selles qui sont normales et régulières, plus de fatigue. L'enfant est retournée en classe après deux mois de convalescence à la campagne; elle a beaucoup engraissé; très bon effet, digestions faciles.

Juin 1908. — Les bons résultats de l'opération se main tiennent.

OBSERVATION XLV (Inédite)

Appendicite chronique avec troubles de la miction.

Marcel S..., huit ans.

Entrée à l'hôpital, 17 mars 1904.

Sortie, le 15 avril 1904.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

La mère a eu deux fausses couches et huit enfants, dont quatre sont morts : deux de fièvre cérébrale, à cinq ans et à trois ans, un du croup à dix-sept mois, un de méningite à quatorze mois.

Les quatre enfants vivants sont bien portants, quoique plutôt chétifs.

Antécédents personnels. — Notre malade est né à terme, présentation du sommet, après grossesse normale. Nourri au sein maternel pendant quatre mois, puis élevé au biberon.

Première dent vers dix mois. Dentition pénible avec accès de fièvre, pas de convulsions.

Rougeole à deux ans, puis commencement de coqueluche. L'enfant s'est mal remis et a commencé peu après à jaunir. Le médecin a parlé de maladie de foie et a envoyé l'enfant à la campagne où il a rapidement guéri. L'enfant a vécu depuis lors en très bonne santé à la campagne. C'est seulement depuis cinq semaines qu'il est souffrant.

Il y a six semaines l'enfant s'est plaint d'une douleur au ventre, douleur continuelle, plus grande au moment où l'enfant urinait ; il n'urinait qu'avec la plus grande difficulté et de grands efforts, sauf le matin en se levant.

Le médecin traitant l'enfant à la campagne n'a pas porté de diagnostic ; il a ordonné du lait de l'eau de Vittel et purgé l'enfant avec un peu d'huile de ricin.

L'enfant était constipé, n'avait ni fièvre ni vomissements et conservait bon appétit.

Au bout de trois semaines, la mère l'a fait revenir chez elle à Pantin. A son arrivée elle l'a trouvé pâle, très fatigué; elle l'a montré au Dr Oliveri de Pantin qui a ordonné des bains salés pour fortifier l'enfant et des frictions sur le bas ventre pour combattre la faiblesse de la vessie.

L'enfant cependant n'urinait pas plus facilement, malgré une infusion de poireau donnée par la mère. Il souffrait du ventre en urinant et lorsque sa mère le frictionnait.

Deux fois, depuis son arrivée à Pantin, il a eu un peu de fièvre et de céphalée le matin. Le médecin l'avait mis aux

œufs et à la viande crue. L'enfant allait très régulièrement à la selle, mais depuis huit jours, sa mère lui donnait un lavement glycériné tous les soirs. Il conservait un excellent appétit et ne vomissait pas.

La douleur du ventre ne cédant pas, la mère amène l'enfant à une consultation de médecine de l'hôpital des Enfants-Malades. On la renvoie à la consultation du service où il est admis le « 17 mars 1904 ».

19 mars. — Glace sur le ventre. L'enfant urine plus facilement. Il n'a pas été une seule fois à la selle depuis son arrivée à l'hôpital.

Ventre très résistant dans fosse iliaque droite, sans empâtement nettement marqué ; le ventre est moyennement douloureux en ce point.

24 mars. — Ventre parfaitement souple, nulle douleur. La palpation profonde de la fosse iliaque droite fait apprécier dans le fond de celle-ci le cæcum et le côlon non douloureux, pas d'épaississement, pas de ganglions.

1er avril 1904. — Suppression de la glace.

11 avril 1904. — Ether, laparotomie.

Appendice parfaitement libre, long et blanchâtre « longueur 12 centimètres ».

Mise d'agrafes comme sutures.

Appendice assez gros, non adhérent, contenant certainement du liquide.

A la section, liquide muco-purulent ; plusieurs foyers de folliculite hémorragique, dont un volumineux.

18 avril 1904. — Ablation des agrafes. Plaie en parfait état,

19 avril 1904. — Elévation de température, éruption, passe à la scarlatine.

28 octobre 1907. — Le malade a été revu à cette époque, il n'accuse plus de douleur ; bon appétit, pas de vomissements, bonne digestion, pas de fatigue.

Cicatrice cutanée élargie en parfait état ; le ventre est normal et depuis l'opération l'enfant urine bien.

OBSERVATION XLVI (Inédite)

Appendicite chronique d'emblée.

Georgette Cho..., treize ans.

Née à terme ; élevée au sein.

Coqueluche à cinq ans, rougeole.

N'est pas réglée.

Le début des troubles digestifs remonte à trois mois. Constipation très intense ; douleurs abdominales.

L'enfant n'a jamais eu de crises depuis.

Un matin, il y a un mois, elle s'est levée avec de très fortes douleurs mais qui n'ont pas duré. Jamais de vomissements.

Etat local au 7 mars 1907. — La fosse iliaque droite est douloureuse ; le cæcum est épaissi et la palpation profonde y fait sentir des gargouillements, de même qu'elle détermine une douleur franche au point de Mac Burney. On sent une petite masse roulant sous le doigt.

Opération le 20 mars. — L'appendice est situé en bas en dedans. Il est petit, avec un rétrécissement annulaire siégeant à un centimètre de sa pointe. Il n'est pas adhérent. A la coupe, la pointe est sclérosée, en voie d'oblitération ; le reste de la muqueuse présente un piqueté hortensia. L'organe contient des tricocéphales.

L'enfant sort complètement guérie le 9 avril.

Revue le 10 juin 1908. Depuis sa sortie de l'hôpital, l'enfant n'a jamais rien ressenti du côté du tube digestif.

OBSERVATION XLVII (Inédite)

Appendicite chronique d'emblée à forme larvée

P... Marie-Louise, treize ans.

Née à terme, élevée au biberon à la campagne jusqu'à deux ans.

Rougeole à six ans.

Eczéma depuis huit jours.

Depuis un an la malade souffre du ventre à chaque instant. Pendant les crises douloureuses elle reste deux ou trois jours sans aller à la selle.

Pas de constipation en dehors des crises.

Examen à l'entrée (5 mars 1908).

L'enfant présente de l'eczéma, surtout aux membres, eczéma sec, sans desquamation marquée. Langue très belle.

Ventre parfaitement souple. On sent dans la fosse iliaque droite une petite masse en boudin que l'on peut faire rouler et qui est vraisemblablement l'appendice. Quand on a les doigts à son niveau on provoque un peu de douleur. Ailleurs le ventre est absolument indolore.

Excellent état général. Pas de constipation.

Rien aux poumons ni au cœur.

Opération le 9 mars 1908. — L'appendice est situé en bas et en dedans ; il est absolument libre. Il est plutôt long, renflé à son extrémité et présentant sur son trajet deux au-

tres renflements. A la section on voit que l'organe est rempli de matières stercorales.

Suites opératoires des plus normales.

L'enfant sort en parfait état le 29 mars 1908.

Revue en juin 1908. Bien qu'il n'y ait pas longtemps depuis l'opération, l'état de la petite malade est actuellement parfait.

OBSERVATION XLVIII (Inédite)

Appendicite chronique

P... Félix, douze ans.

Né à terme, nourri au biberon.

A eu la rougeole.

Depuis trois mois, l'enfant était constipé et il fallait lui donner des purgatifs et des lavements. Il y a deux mois il commence à se plaindre du ventre ; dans la journée une douleur subite le prenait qu'il localisait surtout dans le côté droit. Cela durait une heure ou deux et recommençait tous les jours, souvent plusieurs fois par jour. Il n'a jamais vomi, sauf il y a quinze jours où des vomissements légers se sont répétés deux ou trois fois chaque jour, pendant deux jours. La douleur n'avait pas augmenté pendant ce temps, et il n'y avait pas de fièvre.

Depuis cette époque l'état est toujours le même. L'enfant n'a pas vomi ; il est toujours très constipé et ne va à la selle qu'avec des lavements. Les douleurs sont toujours les mêmes, intermittentes et de courte durée.

Le malade entre en observation aujourd'hui 18 février

1904. L'abdomen est souple, même dans la fosse iliaque droite. Il existe un point douloureux au niveau du point de Mac Burney et l'on a la sensation d'un léger empâtement.

20 février. — Le cæcum gargouille nettement. Souplesse, mais toujours une douleur légère dans la fosse iliaque droite.

Opération le 29 février 1904. — L'appendice long de 15 centimètres environ est très dur, de petit diamètre, et libre de toute adhérence.

La cicatrisation marche très lentement.

Revue en juin 1908. L'opération a fait disparaître complètement la douleur et la constipation qui étaient les deux symptômes qui caractérisaient l'affection chez ce malade.

La cicatrice est légèrement étalée mais solide.

OBSERVATION XLIX (Inédite)

Appendicite chronique sans crise aiguë

F... André, treize ans.

La mère aurait eu à vingt-deux ans les mêmes symptômes d'appendicite que l'enfant présente actuellement.

Né à terme, élevé en nourrice.

Rougeole dans le jeune âge.

Fluxion de poitrine vers l'âge de trois ans.

L'enfant a toujours eu les intestins délicats ; il a depuis l'âge de quatre ans des alternatives de constipation et de diarrhée.

L'hiver dernier il eut à quelques reprises des crises douloureuses accompagnées de vomissements et de diarrhée ; ces crises étaient courtes, ne duraient que deux ou trois heu-

res et l'enfant continuait à fréquenter son école. Pendant ces crises il localisait nettement ses douleurs à la fosse iliaque droite.

Vers le 15 août 1904 il eut une crise plus violente avec chaleur de la peau, douleurs, vomissements, constipation ; durée trois jours.

Depuis le 15 août, trois autres crises moins fortes qui le prenaient toujours pendant la nuit et le réveillaient au milieu de son sommeil.

Depuis six semaines l'enfant est très constipé, ne va à la selle qu'avec des purgatifs. Les parents ont vu du sang rouge dans les selles.

La dernière crise date de huit jours. Elle n'a duré que trois heures, pendant la nuit et n'a été accompagnée que de nausées et d'une forte constipation.

Entre à l'hôpital le 1er octobre 1904.

4 octobre. — Après avoir pris de l'huile de ricin l'enfant a eu un vomissement verdâtre.

A la palpation le cæcum est un peu épaissi et gargouillant, et il existe une légère sensibilité à la pression.

Opération le 14 octobre 1904. — L'appendice est situé en bas et en dedans, fixé au mésentère par des adhérences dures, épaisses et nombreuses. Il est, à sa pointe, le siège d'une folliculite hémorragique très accentuée.

Pendant la nuit qui suit l'opération, l'enfant aurait resse nt quelques élancements douloureux au niveau de la plaie.

29 octobre. — L'enfant sort pour aller à l'asile de la Roche-Guyon.

Revu en juin 1908. Actuellement un grand garçon qui exerce sans aucune gêne son métier de métreur.

OBSERVATION L (Inédite)

Appendicite chronique larvée

P... Léon, treize ans.

Né à terme, nourri au sein.

A eu une broncho-pneumonie et depuis il continue à tousser un peu tous les matins.

Il y a huit mois, à la suite d'un effort, l'enfant aurait ressenti une violente douleur dans le côté droit du ventre. Un médecin consulté ordonna le lit et une purge. La prescription ne fut pas exécutée. Le malade conserva une douleur dans le flanc droit mais n'eut jamais de vomissements. Pas de constipatiou.

Depuis cet accident il se portait bien ; quand, il y a trois jours, vers 4 h. 1/2 du soir, il ressentit une douleur dans la fosse iliaque droite ; plutôt sensation de gêne que douleur vive ; pas de vomissements. L'enfant constipé depuis trois jours n'allait pas à la selle. Il vit des « Dames françaises » le lendemain matin ; et, sur leur conseil il fut envoyé à l'hôpital le 18 juin 1904.

A l'examen, l'état général est bon. Température 37,6. Pouls 78. La langue est un peu chargée, mais humide. L'enfant est constipé.

A la palpation le ventre se défend très légèrement. Pas de douleur au point de Mac Burney. Plus près de la ligne médiane, en déprimant profondément la paroi, on trouve une masse assez bien limitée, douloureuse, siégeant à la limite interne de la région lombaire : masse fixe, ne roulant

pas sous le doigt. Le cæcum déprimé est légèrement sensible et gargouille.

Opération le 20 juin 1904. — L'appendice non adhérent est situé en bas et en dedans Folliculite hémorragique intense sur toute la longueur.

L'enfant sort guéri le 7 juillet.

Nous n'avons pas pu retrouver cet enfant ; mais, d'après les renseignements qui nous ont été donnés, il est actuellement bien portant.

OBSERVATION LI (Inédite)

Appendicite chronique d'emblée sans crises
(forme douloureuse simple)

P... Robert, neuf ans et demi.

Né à terme, nourri au sein.

A eu la rougeole et la varicelle.

Il y a deux ans, un soir à 9 heures l'enfant fut pris subitement de douleurs dans tout l'abdomen qui bientôt se localisèrent au côté droit ; douleurs très violentes, au dire de l'enfant. Il aurait eu en même temps de la fièvre. Couché deux ou trois jours, il se relève bien guéri. Depuis ce temps, toutes les semaines environ, il se plaint de son côté droit. Ces douleurs sont supportables et l'enfant continue à fréquenter son école. Il mange comme d'habitude, ne vomit pas et n'a pas de fièvre. Il ne souffre que très peu et ses douleurs ne sont, à vrai dire, que des picotements. La palpation révèle seule une douleur profonde, très supportable.

Examen à l'entrée (27 février 1908). — Le ventre est par-

faitement souple et se laisse déprimer. On sent le cæcum qui paraît distendu et gargouille ; et, par des mouvements de glissement de la paroi on perçoit un petit boudin qui roule et détermine une légère douleur.

La langue est très belle.

Opération le 28 février 1908. — Appendice assez long, un peu enroulé, situé en bas et en dedans, non adhérent : renflé à la pointe qui est un peu rouge. A la section au thermocautère, issue d'un peu de liquide puriforme entre les deux ligatures.

Sortie le 15 mars 1908.

Ce malade n'a pas été revu, mais nous avons tenu à rapporter cette observation parce qu'elle nous semble être un bel exemple de ce qu'on a appelé l'appendicite « fruste ».

OBSERVATION LII (Inédite)

Appendicite chronique sans crise aiguë.
Forme douloureuse avec constipation

M... Louise, onze ans.

Née à terme, élevée au biberon.

Bronchite dans son tout jeune âge.

Diphtérie à huit ans. Depuis l'enfant est sujette aux maux de gorge.

L'enfant a toujours eu tendance à être constipée. Souvent il lui arrive pendant la classe de demander à aller aux cabinets ; mais, quand arrive la récréation qu'on lui a conseillé d'attendre, ses efforts pour rendre des matières sont vains. Elle va en moyenne à la selle tous les deux ou trois jours.

Au mois de mai dernier, crise légère de douleurs dans la fosse iliaque droite ; nausées. L'enfant est soignée par des cataplasmes et un régime alimentaire est institué et observé. Cette crise dure quinze jours.

Depuis, l'enfant a repris sa vie normale et son alimentation habituelle. La constipation s'est plutôt accentuée ; elle ne va plus à la selle que tous les trois jours et elle se plaint fréquemment de souffrir du côté droit du ventre, notamment lorsqu'elle vient de courir ou de faire un effort.

Il y a huit jours (mardi) la mère s'aperçoit que l'enfant est moins gaie, quoique continuant à vaquer à ses occupations habituelles et samedi survient une douleur dans la fosse iliaque droite débutant à midi ; et, augmentant progressivement, elle est très violente quand l'enfant revient de l'école, fiévreuse, les yeux excavés et le facies pâle. Elle n'a pas de vomissements ni même de nausées. Elle s'alite jusqu'à aujourd'hui mardi, où les douleurs ayant un peu diminué, la mère l'amène aux « Enfants-Malades ».

L'enfant, purgée hier, a eu une selle abondante.

La mère n'a jamais remarqué ni glaires, ni membranes dans les selles.

Etat actuel (à l'hôpital), 17 octobre 1906.

L'état général est bon. Le ventre est un peu ballonné, mais souple et indolore dans toute son étendue. Par la palpation profonde on sent, descendant verticalement et en dedans un cordon arrondi, à cheval sur les vaissaux iliaques, douloureux à la pression.

La langue est sale. Il n'y a pas eu de selle depuis l'entrée. Pas de vomissements. Pas de douleur spontanée.

22 octobre. — Une seule selle spontanée depuis l'entrée.

Opération le 7 novembre. — Appendicectomie.

L'enfant sort guérie le 7 janvier 1907.

Revue en juin 1908. La constipation a cédé à l'opération. L'enfant engraisse et ne se plaint plus de son ventre.

OBSERVATION LIII (Inédite)

Appendicite chronique

Marcelle R..., dix ans.

Entrée à l'hôpital 7 mars 1908.

Sortie, 6 avril 1908.

Antécédents héréditaires. — Père mort à trente-sept ans d'affection cardiaque, mère bien portante.

Deux autres enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein jusqu'à un an, première dent à six mois, premiers pas à quatorze mois, rougeole à trois ans.

Pendant l'été de 1907 l'enfant se plaint à plusieurs reprises du côté droit du ventre. Elle ne s'alite pas pour cela. Pas de vomissements, mais constipation en même temps que des petites crises douloureuses.

Vers la fin de février 1908 ces mêmes douleurs se présentent à nouveau avec des nausées et de la constipation. Pendant huit jours consécutifs on donne tous les matins à l'enfant une cuillerée à café d'huile de ricin.

Examen à l'entrée, 7 mars 1908.

Langue très belle.

Ventre un peu ballonné, mais ceci est normal chez cet enfant; le ventre est très souple, percussion normale; très

légère douleur au point de Mac Burney, par pression profonde.

Pas de température ; pouls excellent.

Tousse de temps à autre ; on n'entend rien de pathologique dans la poitrine.

Urines normales

Opération. — 11 mars 1908. M. Broca est l'opérateur.

Incision de Mac Burney.

Appendice long et grêle, situé en bas et en dedans. Points noirâtres de folliculite hémorragique. Extrémité de cet appendice, renflée sur 2 centimètres, donnant sensation d'induration. A la section de la base, matières fécales liquides.

Deux mésos, dont l'un normal et l'autre insignifiant.

Sortie, 6 avril 1908.

Excellent état.

Très bonnes sutures.

8 juin 1908. — L'enfant est encore à l'asile de convalescence de Garches, mais la mère nous affirme que depuis l'opération l'enfant a joui d'une santé parfaite.

CHAPITRE III

Des résultats opératoires tardifs

Avant de dire ce que sont devenus les symptômes spéciaux à nos malades ; qu'il nous soit permis d'exposer en quelques lignes l'opinion de plus en plus admise sur l'opportunité de l'opération dans les cas d'appendicite chronique.

Lorsque le diagnostic d'appendicite chronique est bien et dûment établi, une question se pose : doit-on pratiquer l'ablation de l'appendice malade ? De l'étude des observations de cette maladie ayant évolué depuis de nombreuses années, soit en s'aggravant ou aboutissant à une crise aiguë, soit en restant stationnaire et entretenant ainsi une infirmité réelle il s'écoule une notion sur laquelle il est superflu d'insister : c'est la nécessité de l'opération. Cette solution, en apparence brutale, est assurément celle qui donne les résultats les plus satisfaisants. L'expérience montre que, dans l'immense majorité des cas, l'opération fait disparaître assez rapidement les troubles gastriques ou intestinaux, ou tout au moins elle les atténuera considérablement et elle en rendra le traitement plus facile.

En dehors des faits que nous citons, nous pourrions

invoquer une quantité d'observations qu'ont publiées les médecins et les chirurgiens qui se sont occupés de la question.

Chez les enfants l'opération s'impose en raison de la gravité toute particulière de l'appendicite dans le jeune âge. Théoriquement on devrait enlever l'appendice aussitôt le diagnostic posé ; mais, dans la pratique, il convient de ne pas se hâter outre mesure. Tout en surveillant de près son malade, on le soumet au repos et à un régime sévère qui a l'avantage de diminuer « l'apport toxique de l'alimentation ». Sous l'influence de ce traitement les troubles observés s'atténueront généralement et l'on choisira, pour pratiquer l'appendicectomie, le moment où ces phénomènes ayant rétrocédé, l'état général du malade sera le plus satisfaisant.

M. Siredey a montré les dangers permanents qui résultent d'une appendicite chronique, même dans les formes les plus frustes. A l'appui de sa thèse il cite un cas dans lequel les premières manifestations, d'ailleurs très frustes, de l'appendicite remontaient à plus de vingt-cinq ans. Elles consistaient en des crises espacées ayant tous les caractères de névralgies thoraco-abdominales et elles étaient restées méconnues pendant plus de vingt ans. Or, c'est à ce moment que la maladie éclata de nouveau avec une violence que rien ne pouvait faire prévoir.

Loin de nous cependant l'idée de nier la possibilité d'une guérison apparente et peut-être même définitive de l'appendicite chronique par un traitement purement médical. La mère d'un de nos petits malades qui nous

disait avoir eu à vingt-deux ans, tous les signes que présentait son enfant serait un exemple de cette guérison « possible ». Nous disons « guérison possible », car il importe de se rappeler le cas que nous avons résumé plus haut.

C'est l'opinion de M. le professeur Dieulafoy lorsqu'il nous dit (lors de la discussion sur la théorie de la « cavité close ») que la virulence des microbes qui ont déterminé l'affection appendiculaire est susceptible de s'éteindre. A cela Roux de Lausanne répond : « Tout appendice enflammé guéri cliniquement reste anatomiquement taré » ; et Terrier ajoute : « il porte en ses parois la menace permanente d'accidents nouveaux ». C'est aussi, d'une façon générale, la manière de voir de la plupart des maîtres qui connaissent le mieux l'appendicite.

Ils considèrent que si l'on s'en tient au mieux et même à une guérison produite en apparence par le traitement purement médical, on s'exposera à de grands dangers. Voici d'ailleurs comment cela se passe très souvent. Un malade atteint d'appendicite chronique est soumis au repos et au régime aussitôt le diagnostic posé. Les phénomènes se calment et, au bout d'un temps déterminé, on se croit en droit d'espérer la guérison. On tente alors de faire lever le malade ; mais dès qu'il met le pied à terre, à l'occasion du moindre écart de régime, de la plus petite fatigue, il souffre de nouveau et tout est à recommencer.

Pour éviter cet accident et un grand nombre d'autres dont il est impossible de prévoir d'avance la gravité, il nous semble prudent de se ranger du côté des inter-

ventionnistes et pour terminer ce petit paragraphe nous ne saurions mieux faire que de répéter la phrase par laquelle M. Comby achève sa communication récente. « On a reproché, dit l'auteur, aux chirurgiens d'opérer trop d'appendicites. J'ai la conviction absolue qu'ils n'en opèrent pas assez ».

Au reste l'appendicectomie à froid est une opération des plus bénignes et merveilleusement supportée même par les tout jeunes enfants. Ce qui est surtout intéressant, c'est de constater dans quelle mesure se maintiennent au bout d'un temps assez long (six mois au moins) les bons résultats généralement acquis tant sur les douleurs et les troubles dyspeptiques que sur les phénomènes d'entéro-colite coexistants.

Pour cela nous allons passer en revue un à un les principaux symptômes, ceux dont la présence donnera l'idée du diagnostic.

1° *Douleur.* — C'est un symptôme consigné dans la presque totalité de nos observations I, II, III, IV, V, XVIII, XLVII, L, LI, LII. C'est le symptôme dominant et à peu près le seul dans bien des cas. (Obs. XXXIX, XXIV, XII.) Le plus souvent la douleur a cédé à l'enlèvement de l'appendice et c'est un résultat des plus précoces et des plus stables. Deux fois cependant le résultat n'a pas été absolument parfait de ce côté. Dans notre observation XXXIX nous voyons que le symptôme n'a d'abord été qu'amélioré puis a fini par disparaître et l'observation XXXVII nous dit que les phénomènes douloureux ont persisté un an au moins après l'opération.

2° Les vomissements sont, avec la douleur ce que les malades nous signalent le plus souvent. Ils peuvent, eux aussi dominer les autres manifestations ou exister presque seuls. L'observation XXXIII en est un exemple. Ces vomissements accusés chez les malades des observations I, III, IV, VII, X, XIV, XVIII, XXXI, XXXIII, XXXV, XXXVI, pour n'en citer que quelques-unes, disparaissent radicalement à la suite de l'appendicectomie et nous n'avons aucune observation où ce phénomène morbide n'ait pas été favorablement influencé.

3° *Dyspepsie*. — L'observation II est le seul cas que nous ayons avec ce symptôme comme caractéristique. Il n'a d'ailleurs pas résisté à l'opération. Il en est de même de la fièvre, signalée dans plusieurs de nos observations et spécialement dans l'observation VIII.

4° *Constipation*. — C'est avec la douleur et les vomissements un des signes cardinaux de la maladie. Consigné dans une grande partie de nos observations, il a, lui aussi cédé le plus souvent à l'opération. (Obs. XI, XIII, XIX, XXVIII, XXX. XLVIII, LII.)

Dans notre observation XXVI elle n'a été qu'améliorée ; il en a été de même pour l'observation XX ; dans l'observation XXXI, XXXVI.

Une seule fois la constipation a persisté sans aucune amélioration. L'observation XXXIII relate ce fait.

5° *Diarrhée*. — C'est cette fois un symptôme moins banal, puisque nous ne le trouvons que 3 fois sur nos 53 cas d'appendicite chronique. Deux fois cette diarrhée a disparu en même temps que l'appendice : observations I, XXXIV. Une troisième fois, après avoir cessé

pendant un temps assez long, elle est reparue pendant huit jours puis a définitivement cessé : observation XXXVIII.

6° Entérite et colite muco-membraneuses. La coexistence de la colite muco-membraneuse et de l'entérite avec l'appendicite n'est pas des plus rares et nous en avons 8 cas : observations VI, XV, XVII, XX, XLIV, XIX, XXII et XVI.

Il est rare que ces accidents disparaissent après appendicectomie. Ils persistent le plus souvent, au dire de Marfan.

D'après nos observations, les cas où ces accidents sont favorablement influencés par l'opération, nous dirons même les cas où ils sont absolument guéris sont plus nombreux qu'on le dit, puisque sur les 8 fois où nous retrouvons ce phénomène, nous le voyons disparaître 5 fois. Observations : VI, XV, XVII, XX, XLIV.

Nous croyons plus juste d'admettre que ce symptôme n'est pas toujours enrayé complètement par l'appendicectomie, il en est du moins atténué et semble céder plus facilement à un régime approprié ou du moins en être bien amélioré. C'est le cas de nos observations : XIV et XXII. Dans l'observation XVI ce symptôme a définitivement cédé à un régime de deux mois.

Les accidents nerveux dont on parle dans notre observation XXI ont été radicalement enrayés par l'opération.

L'amaigrissement qui était le symptôme qui attira l'attention des parents d'un de nos petits malades (obs. XXXII) ne résiste pas à l'opération.

Pour nous résumer, nous voyons donc que tous les symptômes, sauf dans certains cas la colite muco-membraneuse disparaissent lorsque l'appendice a été réséqué. Nous estimons, une fois de plus que ce sont là des résultats qui ne permettent pas d'hésiter à conseiller l'opération, toutes les fois qu'après avoir bien pesé tous les symptômes, nous aurons conclu à une appendicite chronique.

CONCLUSION

Il faut rechercher avec soin l'appendicite chez tous les dyspeptiques, les diarrhéiques, chez tous les constipés, chez tous les enfants qui ont le « vomissement facile », chez tous les adultes qui ne peuvent digérer sans douleur et sans malaise, chez tous les abdominaux.

La symptomatologie de l'appendicite chronique est assez complexe : douleur, symptômes fonctionnels, variés ; troubles généraux.

Il est de règle, une fois le diagnostic établi, de pratiquer la résection de l'appendice à froid.

C'est une opération sans gravité et les avantages qu'on en retire la font accepter de plus en plus.

Les résultats tardifs de l'appendicectomie sont des plus appréciables. L'opération fait disparaître à peu près tous les accidents ; sauf peut-être la colite muco-membraneuse et l'entérite qui lui résistent plus souvent, mais sont cependant améliorés dans la grande majorité des cas.

Vu : Le Président de la thèse
KIRMISSON

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Aumont. — De l'appendicite choléri forme et de la diarrhée dans l'appendicite. Thèse de Paris, 1905-1906.

Boucheseiche. — Contrib. à l'étude des modifications urinaires dans l'appendicite.

Brocca (A.).— Appendicites chroniques ; diagnostic précoce et traitement des appendicites aiguës chez l'enfant. Tribune médicale, 29 mai 1906, p. 293 à 297.

— Récidive d'appendicite deux ans et demi après ouverture spontanée d'un abcès dans le rectum. Journal des praticiens, 1907.

Brun. — Articles parus dans la Presse médicale, mai 1897. Communication à la Société de Chirurgie. Séance du 14 février 1900. Article « Appendicite » dans le Traité des maladies de l'enfance.

Byron-Robinson. — Annales of Surgery, n° 48, p. 713, 1896.

Cabot. — A case of relapsing appendicitis in which the appendix was remowed in an interval between the attacks ; wich recovery.

— Boston med. surg. Journal, 1891, CXXIV, n° 3, p. 57.

Chauveau. — De l'appendicite à gauche. Thèse de Paris, 1906.

Chevalier. — Appendicite pelvienne. Thèse de Paris, 1900.

Comby. — Soc. méd. des Hôpitaux du 27 nov. 1903.

— Bulletin médical, mai 1908, p. 535. Appendicite chronique chez les enfants.

Concetti. — Archives de médecine des enfants. Appendicite avec symptômes à gauche, 12 octobre 1906.

Cotar. — Des appendicites larvées. Thèse de Paris, 1901.

Coittier (E.-J.). — L'avenir des appendiculaires. Thèse de Paris, 1898-1899.

Delbet. — XIV[e] Congrès de Chirurgie, octobre 1901. Du point de Mac Burnay.

Dieulafoy. — Clinique de l'Hôtel-Dieu, leçon 16.

Elliot (G.-W.). — Excision of the vermiform appendix between the attacks, in a case of chronic appendicitis ; the appendix bling found in an ileo-cæcal fossa. The Amer. Journal of the med. sciences, 1890, cl. 556.

Ewald. — De l'appendicite larvée. Langenbeck's Arch. für Klin. Chir., 1899, v. L X p. 80.

Grandmaison (de). — App. latente, Médecine moderne, Paris, 1900, 521-522.

Haberer (H. v.). — Appendicitis chronica adhæsiva. Mit ans den Grenzg. d. Med. u. Chir., t. XVIII, fasc. 2; 1907.

Gordon (M[lle] G.). — L'appendicite chez l'enfant. Thèse de Paris, 1876-1877.

Jalaguier. — Soc. de Chirurgie, 11 février 1900.

— Article « Appendicite » in Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus. Congrès de Chirurgie, 1900. Des indications thérapeutiques de l'appendicite.

Klemm (P.). — Ueber die chronische Form der Appendixer. Krankung Medic. Chir. Centralb. Wien, 1900.

Lanien. — Contribution à l'étude des troubles de l'appareil urinaire au cours de l'appendicite. Thèse de Paris, 1901-1902.

Lenzmann. — Ueber appendicitis larvata. Deutsche aertz Zeitung, 1901.

Longuet. — Trois cas d'appendicectomie pour dyspepsie appendiculaire. Progrès médical. Paris, 1902, 3[e] s. XVI, p. 177-179.

Montais. — Contrib. à l'étude de l'appendicite chronique

d'emblée (phénomènes dyspeptiques). Thèse de Paris, 1900.

Mounier (L.). — Coliques appendiculaires à répétition s'accompagnant de lésions appendiculaires importantes. Bull. off. de Soc. méd. d'arrond. Thèse de Paris, 1902.

Moty. — Observ. d'appendicite latente. Gaz. des Hôp., Paris, 1902, p. 535.

Peraire. — Appendicite avec crises répétées. Bull. et Mémoire. Soc. anat. de Paris, 1905, p. 887.

Pauchet. — Congrès français de Chir., 19 octobre 1904. Bull. médical, p. 179.

Porter (Miles). — Colitis, constipation and appendicitis their etiologic relations. J. Ann. M. An. Chicago, 1900.

Quintard (Gustave). — De la diarrhée au début de l'appendicite. Thèse de Paris, 1906-1907.

Rastouil. — Appendicite chronique. Thèse de Paris, 1901.

Reclus. — Appendicite chronique d'emblée. Gazette des Hôp. Paris, 1905, n° 119.

— Entéro-colite et appendicite. Acad. de Méd., 30 mars 1897.

— Discussion sur l'appendicite. Acad. de Méd., mars 1890.

Rendu. — Difficulté du diagnostic de l'appendicite chez les hystériques. Gazette des Hôpitaux, 6 avril 1897.

Richelot. — Soc. de Chir. Séance du 24 mai 1905.

Morisetti. — Des réactions nerveuses dans l'appendicite.

Roosing. — Zentrabl. fur chir., n° 43, page 1257.

Soupault et *Jouaust*. — Soc. méd. des Hôp., 27 nov. 1903. Appendicite et troubles génitaux chez la femme.

Termet et *Vanverts*. — Prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite. Gazette des Hôp., n° 9 et suiv.

Siredey. — Société médicale des Hôpitaux, 27 nov. 1903.

Terrier. — De l'appendicite. Revue de Chir., 1900.

Thienhaus. — Appendicitis larvata and inflammation of the

right broad ligament tube and ovary. Medicine Record, 1900.

Wagon (Alfred). — L'appendicite chronique d'emblée. Thèse de Paris, 1904-1905.

Walther. — Congrès français de Chir. du 17 au 22 octobre 1898. Communications à la Société de Chir., mars 1899, février et mars 1900 et 1904.

Imp. de la Librairie A. Leclerc, 19, rue Monsieur-le-Prince, Paris